Nr. 36 i 37. 13. września 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Marjan FRANKE, Lwów.
Stanisław HORNUNG.

O zachowanie się płynów obrzękowych w próbach koloidowych

Z Zakładu Patologji ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Marjan Franke.

W dociekaniach nad genezą obrzęków skórnych[1] musieliśmy się zatrzymać między innemi nad badaniem płynu obrzękowego u ludzi, wychodząc z zapatrywania, że ze składu może będziemy mogli sądzić o genezie jego i o zachowaniu się czynników zwłaszcza miejscowych, ważnych dla powstania obrzęków. Badania chemiczne, dotyczące stanu ciał białkowych i stosunku globulin i albumin w obrzęku przedstawi w osobnej pracy Dr. Goertz, asystent zakładu, my zaś w niniejszej pracy zajmiemy się tylko zachowaniem się obrzęku pod względem prób koloidowych, które w tym kierunku nie zostały dotychczas zużytkowane.

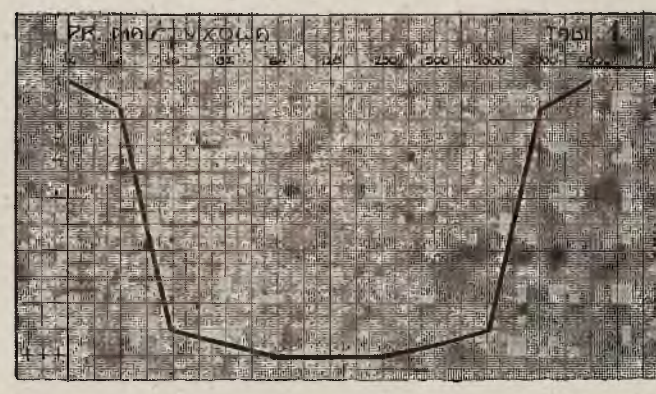
Płyn obrzękowy u ludzi otrzymywaliśmy zawsze za pomocą nakłuć skórnych rureczkami Southey'a. Przy wykonywaniu prób koloidowych posługiwaliśmy się zawsze rozczynem złota koloidowego i mastyksu, postępując ściśle w myśl zasad, przyjętych przy badaniu płynu mózgo-rdzeniowego.

Badania nasze dotyczyły przedewszystkiem obrzęków zastoinowych i nerkowych, które przedstawiały nam typy różniące się od siebie wybitnie pod względem zachowania się krzywych i dlatego omówimy je osobno. Trzecią zaś grupę tworzą przypadki, w których obrzęk towarzyszył amyloidozie narządów, między innemi i nerek, i te wobec odmiennego zachowania się krzywych koloidowych, złączyliśmy w osobną grupę, chociaż w nich sprawa nerkowa musiała grać także genetycznie ważną rolę. Płynów obrzękowych innego pochodzenia, więc towarzyszących np. chorobie głodowej lub cherze nie mieliśmy sposobności badać, a płynów obrzękowych pochodzenia zapalnego w tej pracy nie uwzględniamy zupełnie, bo one stanowią typ genetycznie zupełnie różny od poprzednich i wymagają osobnego opracowania.

Zatrzymajmy się wprzód nad obrzękiem zastoinowym. W naszych przypadkach obrzęk towarzyszył osłabieniu mięśnia sercowego w przebiegu wad sercowych, przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego, lub rozedmy płuc. O ile istniały równocześnie w tych przypadkach zmiany w nerkach, to odnieść je było można tylko do zastoju nerkowego i jego następstw.

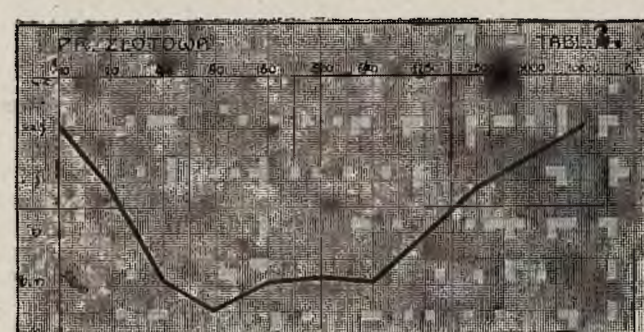
Dla ogólnej charakterystyki płynu obrzękowego zastoinowego podamy w krótkości cyfry wyjęte z pracy Dr. Goertza, dotyczące jego składu chemicznego. W badaniach tych stwierdzono, że stężenie jonów wodorowych, pH płynów obrzękowych zastoinowych wynosiło prawie zawsze 8,6, wyjątkowo 8,8. Chlorki wahały się w granicach od 0,646% do 0,799% (raz 0,819%), przeciętnie zaś procent chlorków odpowiadał cyfrze 0,72—0,74%. Cyfra refraktometryczna wynosiła przeważnie około 22, a wahania jej sięgały od (wyjątkowo 20,5) 21,4 do 22,5 (wyjątkowo raz 23,2). Poziom białka wynosił (0,169%) 0,201—0,327% (0,448—0,498%).

Próby koloidowe. Najjaśniejsze wyniki dawała nam próba z rozczynem mastyksu i tę uwzględnimy przedewszystkiem. Ustawialiśmy tu szereg z wstępującem rozcieńczeniem (zapomocą 0,8% rozczynu soli kuchennej) płynu w stosunku 1:4, 1:8, 1:16 itd. aż do 1:4000, odczytując wynik po 24 godzinach. Próba z płynem zastoinowym wykazywała zawsze obraz bardzo typowy, który ilustruje najlepiej jeden z przypadków niżej podanych (tabl. I.).



Objaśnienie do tablicy I.: cyfry arabskie oznaczają rozcieńczenie z 0,8% rozczynem soli kuchennej, a rzymskie stan przejrzystości płynu, więc: I — zmętnienie zupełnie jednostajne, II, III, IV oznacza wyjaśnianie się płynu coraz bardziej postępujące, +—, +, ++, +++, skłaczkowanie coraz bardziej wybitne, aż do wytworzenia zupełnego strątu z całkowitem wyjaśnieniem się płynu.

Krzywa powyższa wykazuje że w pierwszych dwu probówkach nie występuje zupełnie strąt, w następnych zaś zjawia się zupełne wypadnięcie mastyksu (płyn staje się w całości przeźroczysty), a dopiero w ostatnich dwu probówkach znowu zawartość pozostaje mętna. Ten typ krzywej powtarza się i w innych przypadkach płynu zastoinowego z tą tylko różnicą, że wypadnięcie mastyksu zjawia się czasem dopiero w trzeciej, rzadko nawet w drugiej, a znika nieco prędzej, więc w trzeciej lub czwartej probówce od końca. Charakterystycznem zaś dla krzywej mastyksowej z płynem (obrzękowym) zastoinowym jest to, że wypadanie występuje zawsze dopiero w drugiej lub przeważnie w trzeciej probówce, doprowadza do zupełnego wyjaśnienia płynu, a przy rozcieńczeniach wyższych (1:2000, 1:4000), rzadziej przedtem, ustępuje miejsca zupełnemu brakowi wypadania mastyksu.



Objaśnienie do tabl. II.: cyfry arabskie oznaczają rozcieńczenie z 0,4% rozczynem soli kuchennej, a litery zabarwienie płynu, więc: cz. — czerwone, cz. f. — czerwono-fioletowe, f. — fioletowe, n. — niebieskie, n. b. — niebiesko-białe, b. — białe.

Próba złotowa z płynem obrzękowym pochodzenia zastoinowego dawała krzywe, które mniej więcej pokrywały się z krzywą mastyksową; przebieg krzywej tu nie był jednak zawsze tak typowy dla wszystkich naszych przypadków jak

[1]) M. Franke. Patogeneza i znaczenie najważniejszych objawów choroby Brighta. P. Archiwum Medycyny wewnętrznej. 1925.
Tenże. O wchłanianiu z tkanki podskórnej w doświadczalnej nefritis. (Referat odczytany na Zjeździe lek. i przyrod. w Warszawie 1925).
Tenże. Znaczenie uszkodzenia tkanek dla genezy obrzęku. r. 1925.

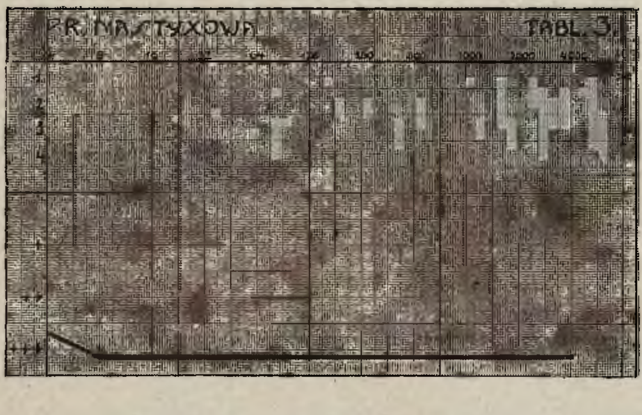
w próbie z roczynem mastyksu. Dla ilustracji przytaczamy znowu przebieg krzywej złotowej z jednego przypadku naszego (tabl. II.).

Wprawdzie i w cytowanej krzywej złotowej widzimy znowu to przy mastyksie typowe ostre spadanie krzywej, potem utrzymywanie się jej na niskim poziomie i znowu dość ostre wznoszenie się jej, ale w innych przypadkach ani spadek ani wznoszenie się krzywej nie jest tak typowe i krzywa rozciąga się więcej wzdłuż. Jako charakterystyczne dla krzywej złotowej (tak jak i mastyksowej) przy płynie obrzęku zastoinowego musimy uważać to, że w początkowych i końcowych rozcieńczeniach widzimy zabarwienie zbliżone do normy, a w środkowych następuje zupełne albo prawie zupełne odbarwienie roczynu. Widzimy więc i tu ten charakterystyczny wygląd krzywej jak i przy mastyksie.

Inny zupełnie typ przedstawiały krzywe koloidowe z płynem obrzęku nerkowego który pochodził z przypadków zapalenia nerek, towarzyszącego *endocarditis lenta*.

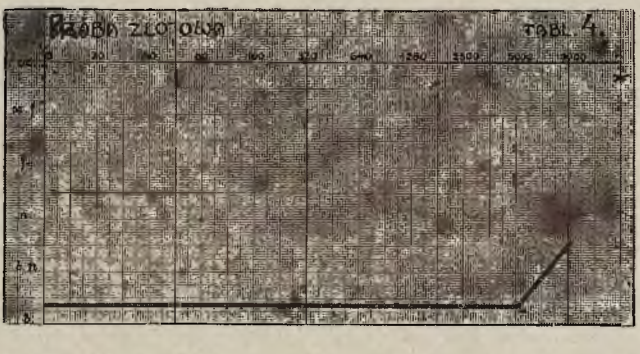
Dla charakterystyki ogólnej tych płynów obrzękowych przytoczę znowu cyfry z pracy Dr. Goertza, który wykazał, że pH tych płynów wynosiło 8,4—8,6, poziom chlorków sięgał 0,748—0,787%, a cyfra refraktometryczna była 23,4—24,5, przy ilości białka, wynoszącej 0,532—0,581%.

Próba z mastyksem w obu tych przypadkach wypadła zupełnie identycznie i wyglądała następująco (tabl. III.):



W obu więc przypadkach widzimy we wszystkich probówkach zupełne skłaczkowanie i opadnięcie mastyksu z całkowitem wyjaśnieniem się płynów i to prawie zupełnie równomiernie od rozcieńczenia najsłabszego aż do najsilniejszego.

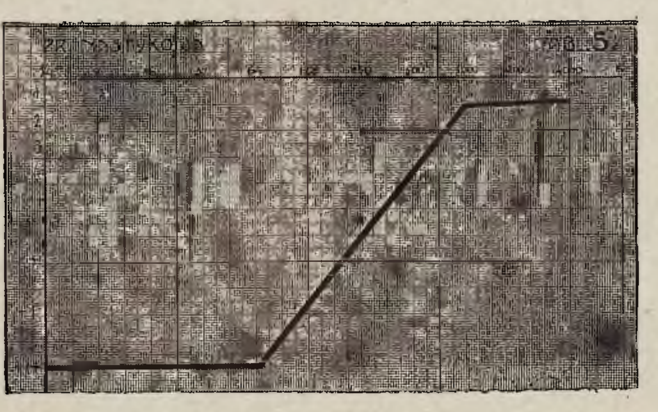
Próba złotowa znowu i w tych przypadkach dała obraz krzywej równolegle przebiegający z krzywą mastyksową (tabl. IV.).



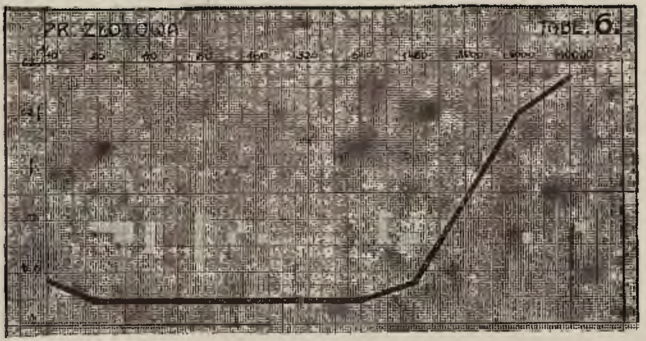
We wszystkich probówkach widzimy tu zupełne odbarwienie roczynu złota i to tak w rozcieńczeniach niskich jak i wysokich.

Częściowo odmienny typ krzywej stwierdziliśmy w obrzęku z przypadku ostrego zapalenia nerek na tle nam nieznanem u osobnika z dawno przebytem zakażeniem kiłowem. Obrzęk w tym przypadku wykazywał pH 8,6, poziom chlorków 0,752%, a białka tylko 0,131%.

Krzywa mastyksowa wykazywała tu wybitny spadek już w pierwszych probówkach, podobnie jak w przypadkach ostatnich, znaczniejszy jeszcze w dalszych, a podniesienie ostre krzywej od siódmej probówki do końca, co krzywą tę wyróżniało od krzywych przypadków poprzednich (tabl. V.).



Próba złotowa w tym przypadku okazuje przebieg podobny do mastyksowej, wykazując również silny spadek w pierwszych probówkach, a od ósmej wzrost ku górze (t. VI).



W przypadku ostatnim widzimy więc w początkach zachowanie się podobne krzywej jak i w innych z obrzękiem nerkowym, tylko tu w drugiej połowie następuje wzrost krzywej odmiennie niż w typowych innych krzywych nerkowych.

Podobnie zachowywały się krzywe jeszcze w innym przypadku, w którym, obok gruźlicy płuc i zastoju sercowego, sekcja wykazała daleko posunięte zwyrodnienie tłuszczowe przybłonków kanalików nerkowych *(nephrosis?)*.

W osobną grupę, jak wspomnieliśmy, musimy ująć przypadki, w których sekcja wykazywała wybitną amyloidozę nerek i obrzęki ogólne w przebiegu amyloidozy tak nerek jak i innych narządów, w pierwszym rzędzie wątroby i śledziony. Z tej grupy badaliśmy obrzęki w trzech przypadkach badanych później sekcyjnie i to w dwu w amyloidozie, towarzyszącej przewlekłej gruźlicy, a w jednym zapaleniu szpiku kostnego *(osteomyelitis)*.

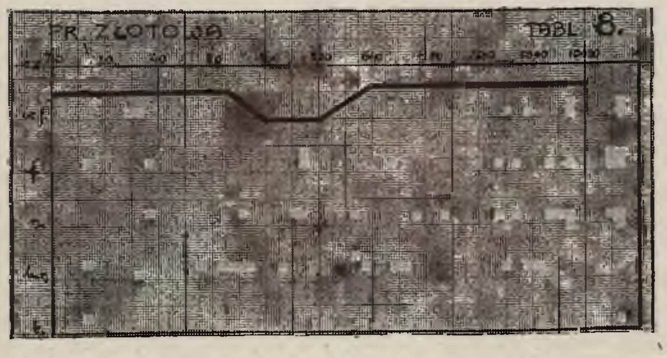
Płyn obrzękowy w tych przypadkach z amyloidozą, jak wynika z badań Dr. Goertza, wykazywał pH = 8,6 do 8,8, poziom chlorków był 0,752%—0,799%—0,808%, wskaźnik refraktometryczny wynosił 19,6—19,8 a poziom białka 0,051%—0,0516%—0,0596%.

Próba mastyksowa z jednego przypadku, przytoczona dla przykładu, dała obraz krzywej następujący (t. VII.):



W dwu innych zaś przypadkach z samego początku krzywej widzimy nieznaczne zmniejszenie zmętnienia zawiesiny mastyksu, gdy w dalszym ciągu nie ma ani śladu skłaczkowania mastyksu, tak jak i w krzywej cytowanej, wyżej.

Krzywa złotowa obrzęku amyloidotycznego zbliża się w zupełności do krzywej mastyksowej (tabl. VIII.).



W tym jak i w innych przypadkach wystąpiła tylko bardzo nieznaczna zmiana barwy roztworu złota w 4, 5, (6) probówce, a zresztą płyn nie okazywał żadnego odchylenia od zabarwienia początkowego. Obie krzywe, tak mastyksowa jak i złotowa są w swoim przebiegu zupełnie monotonne.

Zbierając razem wyniki naszych badań, widzimy, że próby koloidowe, wykonane z płynem obrzękowym, dają charakterystyczny tor krzywych i to zależnie od podstawowej sprawy chorobowej, w przebiegu której zjawiły się obrzęki. Na podstawie naszych dotychczasowych badań mogliśmy ustalić dotąd trzy typy krzywych, z których każdy odpowiada pewnym grupom schorzenia. Jeden typ krzywej odpowiada obrzękom zastoinowym, drugi nerkowym, a trzeci obrzękom, występującym w przebiegu amyloidozy narządów. Czy obrzęki na innem tle powstałe i obrzęki w rozmaitych postaciach schorzenia nerek, które badaliśmy dotąd dość mało, dadzą się podporządkować pod typy przez nas już spostrzegane, tego dziś nie możemy powiedzieć. W każdym razie, jak z badań dotychczasowych wynika, na podstawie toru krzywej koloidowej w przypadku obrzęku pochodzenia niejasnego moglibyśmy sądzić o istocie sprawy (schorzenie serca, lub nerek, amyloidoza narządów), dającej podstawę do powstania obrzęku. W tem leży znaczenie praktyczne zastosowania prób koloidowych do badania płynu obrzękowego i z tych względów powinny one znaleźć szersze zastosowanie kliniczne i to zwłaszcza próba mastyksowa, która daje wyniki najjaśniejsze i jest łatwą do wykonania.

Chcąc w paru słowach dotknąć sprawy przyczyn różnego przebiegu krzywych koloidowych w obrzękach rozmaitego pochodzenia możemy z pewnością twierdzić, że postać krzywej koloidowej zależy przedewszystkiem, a może tylko od poziomu procentowego białka w obrzęku i prawdopodobnie od ustosunkowania w nim globulin do albumin. Przez Dra Goertza stwierdzone cyfry procentowe białka w obrzękach, a cytowane przez nas powyżej, przemawiają wprost za zależnością stopnia skłaczkowania mastyksu lub odbarwienia złota koloidowego od procentu białka w danym obrzęku. Brak dotychczas pewnych wyników, dotyczących poziomu globulin i albumin w powyższych obrzękach, nie pozwala nam z całą pewnością ściśle uzależnić przebiegu krzywej od wahań stosunku albumin do globulin, lecz tę sprawę będzie można rozstrzygnąć na podstawie dalszych badań przeprowadzonych w tym kierunku.

O ile badanie zachowania się płynu obrzękowego w próbach koloidowych, stanowiące przytem ciekawy przyczynek teoretyczny, da się zużyć do wyjaśnienia genezy obrzęków, tego na tem miejscu poruszać nie chcemy. Próby te jednak wspólnie z innemi badaniami nad tą sprawą znajdą uwzględnienie w pracy jednego z nas (M. Franke), w której szerzej będzie omawiana sprawa pochodzenia obrzęków wogóle i znaczenia czynników obwodowych dla ich powstania.

K. BOCHEŃSKI, Lwów.
E. MEISELS.

Roentgen i rad przy raku macicy.

(Wyniki lecznicze).

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K.

Leczenie roentg. nowotworów złośliwych stało w ostatnich latach, szczególnie w Niemczech pod hasłem dawki rakowej. Problem leczenia był sprowadzony do zagadnienia czysto techniczno-fizycznego. Należało tak naświetlać, by wszystkie komórki danego nowotworu otrzymały pewną dawkę rakową. Pomyślny wynik miał zależeć przedewszystkiem od tego, czy rzeczywiście udało się wszystkim komórkom tę dawkę zaaplikować.

Pojęcie dawki rakowej stworzyli Krönig i Friedrich. Wielkość jej oznaczyli jednostkami elektrostatycznemi. Seitz i Wintz, którzy pojęcie dawki rakowej od nich przyjęli, oznaczyli biologicznie jej wielkość. Dawka rakowa wynosi wedle nich 110% dawki rumieniowej, t. j. dawki wywołującej pewne dość ściśle wedle tych autorów określone uszkodzenie skóry. Autorowie ci przyjmują, że niema większych różnic w wrażliwości komórek rakowych na promienie roentg. i że ta jedna przez nich ustalona dawka wystarcza do zniszczenia komórek nowotworowych, o ile ją rzeczywiście wszystkie komórki w jednem posiedzeniu otrzymały. Bez względu więc na właściwości histologiczne i biologiczne danego nowotworu, narządu z którego wychodzi i wreszcie cały kliniczny obraz, leczenie zależne jest wyłącznie tylko od tego, czy rzeczywiście tę dawkę zastosowano.

Ze spostrzeżeń nad naświetlaną skórą przekonali się oni, że jednorazowe zaaplikowanie dawki rumieniowej, wywołuje znacznie silniejsze uszkodzenie niż naświetlania dawką rozdzieloną. Wpływ dawki tej samej wysokości zmniejsza się znacznie, jeśli się ją stosuje ułamkami. Skóra znosi bez większej reakcji nawet podwójną dawkę rumieniową, o ile zaaplikuje się ją *»in dosi refracta«*. Doświadczenia te nad naświetlaniami skóry przenieśli ci autorowie do terapji nowotworów. Właściwie zupełnie bez ścisłego dowodu przyjęli oni, że ta nieco wyższa dawka rumieniowa zaaplikowana na komórki nowotworowe potrafi je zniszczyć i że rozdzielenie jej osłabia znacznie ten jej wpływ niszczący. Autorowie ci przyjmowali więc, że komórki nowotworowe zachowują się pod wpływem naświetlań roentg. tak samo jak komórki skóry.

Wniosek ten był zupełnie niesłuszny. W praktyce okazało się, że dawka rakowa nie istnieje i że komórki nowotworowe oddziaływują zupełnie inaczej niż komórki skóry. Jeśli zreasumuje się dotychczasowe spostrzeżenia z naświetlań nowotworów, to okaże się, że dawka rakowa jest dla przeważnej ilości nowotworów nie odpowiednia. Jest ona równocześnie za duża i za mała. Za duża, gdyż uszkadza skórę wcale silnie, wywołując bądźto natychmiast występujące, bądźto tak zwane późne ale prawie zawsze wcale poważne uszkodzenia. (Siedamgrodzki zauważył trwałe uszkodzenie naczyń włosowatych skóry nawet po dawkach mniejszych od dawki rumieniowej, zaaplikowanych jednoczasowo). Następnie ogólne zaburzenia występujące po naświetleniach, zwane żartobliwie w piśmiennictwie niemieckiem *»Röntgenkater«*, a słuszniej i trafniej przez Francuzów *»mal de rayons«*, są jak dzisiaj wiemy, wynikiem poważnych zatruć, wywołanych przez szybki rozpad komórek prawidłowych i nowotworowych wskutek tej silnej dawki. Zaburzenia te wywołują nieraz bardzo ciężkie objawy chorobowe, które całe dalsze leczenie roentg. mogą zniweczyć, a nawet wystąpienie charłactwa przyśpieszyć. »Kakothanasią« nazwał to Holzknecht. Z drugiej zaś strony, okazuje się, że w przeważnej ilości przypadków jednorazowe zaaplikowanie tej dawki nie wystarcza dla zniszczenia nowotworu. Stanowczo lepsze wyniki roentgenologów francuskich przy najrozmaitszych nowotworach mają swoje źródło przedewszystkiem w stosowawaniu dawki w sumie znacznie większej, aniżeli dawka rakowa, ale rozdzielonej na kilka posiedzeń.

Z chirurgicznego stanowiska leczenia nowotworu promieniami roentg tak jak sobie pierwotnie Seitz i Wientz wyobrażali, należy przejść do niejako internistycznego spo-

sobu. Nie jednorazowem naświetleniem, jakby wycięciem nożem, należy leczyć nowotwory, lecz powoli, jakby łyżeczkami należy naświetlania aplikować, przy ustawicznej bacznej kontroli stanu ogólnego i miejscowego. Zachodzi bowiem zasadnicza różnica w zachowaniu się względem promieni roentg. komórek nowotworowych, a prawidłowych. Rozdzielone naświetlania uszkadzają tkanki prawidłowe w znacznie słabszym stopniu niż jednorazowo zastosowana nawet mniejsza dawka. Tkanki prawidłowe mogą w znacznym stopniu wpływ naświetleń, o ile nie były zbyt silne i zbyt często stosowane, kompensować. Jak wyżej wspomnieliśmy, już rozdzielenie dawki rumieniowej na dwie części i zaaplikowanie ich z przerwą 24-ro gozinną, wywołuje wyraźnie słabszy odczyn wczesny i późny. Przy rozdzieleniu dawek na 24 godzin można skórze zaaplikować podwójną dawkę rumieniową bez obawy uszkodzenia jej. Również i ogólne zaburzenia po naświetlaniach występują w znacznie słabszem nasileniu przy stosowaniu rozdzielonych dawek.

Wręcz odmiennie zachowują się komórki nowotworowe. Tutaj właśnie rozdzielone dawki mają wpływ znacznie silniejszy.

Doświadczenia Regaude'a i Lacassagne'a, Moore'a, Albeti'ego i Politzera wykazały, że wpływ słabych naświetlań stosowanych przez dłuższy czas na tkanki, których komórki wykazują żywe dzielenie się, jest znacznie silniejszy niż jednorazowe naświetlenie dawką większą od sumy tych małych dawek. Wrażliwość komórek na naświetlania nie jest zawsze jednakowa. W stanie dzielenia się szczególnie w pewnej fazie (płyty równikowej) wykazują one największą wrażliwość. Natomiast w stanie spoczynku wrażliwość ich jest minimalna. Ponieważ nie wszystkie komórki są równocześnie w stadjum dzielenia się, przeto większy skutek naświetlań rozdzielonemi dawkami polega na tem, że większa ilość komórek może być trafiona w stanie największej wrażliwości.

Czy rzeczywiście tylko ten moment jest decydujący dla wyniku, nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygnięte. Przy naświetleniach radowych można prędzej to tłumaczenie przyjąć niż przy naświetleniach roentg. Przy ostatnich bowiem nawet rozdzielonych naświetlaniach stosunek czasu naświetlań do długości przerw jest bardzo duży. Raczej w mniejszem uszkodzeniu tkanek w otoczeniu ogniska nowotworowego i w mniejszem nasileniu ogólnych zaburzeń należałoby szukać wytłumaczenia dla dodatniejszego wpływu rozdzielonych dawek. Rozdzielenie naświetlań osłabia, a może nawet i zupełnie usuwa mimowolny, szkodliwy wpływ naświetlań na własne siły organizmu w walce z nowotworem.

W praktyce kilkakrotnie mogliśmy się przekonać o większej skuteczności w ten sposób stosowanych naświetlań. Mamy w spostrzeżeniu kilka przypadków najrozmaitszych raków, w których jednorazowe naświetlenie dawką rakową nie odniosło żadnego skutku, a natomiast naświetlania dawkami rozdzielonemi dały pełny wynik. Tak np. w przypadku przerzutu raka kiszki grubej do sztucznego odbytu, nie reagującego zupełnie na dawkę rakową, uzyskaliśmy rozłożonemi naświetlaniami zupełne cofnięcie się nowotworu, tak że można było przystąpić do zamknięcia sztucznego odbytu. Mała wrażliwość raków kiszek czyni ten przypadek jeszcze więcej godnym wzmianki. Podobnie bardzo korzystny wynik uzyskaliśmy w przypadku nawrotu raka sutka, wielkości pięści, który po takich naświetlaniach znikł zupełnie.

Tę technikę naświetlań zastosowaliśmy również przy rakach macicy. Naświetlany z 4 pól na podbrzuszu i pośladkach w ten sposób, że każde pole otrzymuje w przeciągu 12 dni dawkę 18—20 H. Już dzisiaj, po półrocznem stosowaniu tej metody możemy stwierdzić, że cofanie się ognisk nowotworowych występuje znacznie szybciej niż przy naszej dawniejszej metodzie wedle Seitza i Wintza. Uszkodzenia zaś skóry są znacznie mniejsze, zaznaczają się ledwo dostrzegalnem zbrunatnieniem, występującem w kilka tygodni po naświetleniu.

Naświetlania roentg. kombinujemy od 6-ciu miesięcy z naświetlaniami radowemi. W 2—3 tygodnie przed lub po naświetleniach roentg. otrzymują nasze chore dawkę 3.000 mgh. za pomocą przetworu radowego umieszczonego w pochwie. Dawkę tę aplikujemy chorym w ciągu jednego tygodnia.

Materjał nasz obejmuje 104 przypadki raka macicy, które podzieliliśmy wedle ogólnie przyjętych zasad na cztery grupy.

I. grupa obejmuje przypadki, nadające się do operacji, a które naświetlano jedynie dlatego, że chore te na zabieg operacyjny się nie zgodziły.

II. grupę stanowią przypadki t. zw. graniczne. Są to przypadki, które okazywały pewne zmiany w przymaciczach, technicznie atoli przypadki te nadawały się do operacji przynajmniej t. zw. próbnej, a nie jest wykluczone, że w wielu z nich zabieg radykalny mógł być wykonany. I te chore nie były operowane jedynie dlatego, ze nie zgodziły się stanowczo na operację.

III. grupa mieści przypadki, w których z powodu rozległych nacieków w przymaciczach i zupełnej nieruchomości macicy o operacji wogóle mowy być nie mogło. Ogólny stan tych chorych przeważnie był bardzo marny, nierzadko cystoskopja wykazywała zmiany nowotworowe w pęcherzu moczowym, tak że przypadki te w ścisłem tego słowa znaczeniu oznaczyć należy jako nie nadające się do operacji *(Casus inoperabilis).* Wreszcie

IV. grupa obejmuje przypadki wprost desperackie i w zupełności zaniedbane. Zmiany miejscowe w tych przypadkach były daleko posunięte, często bardzo nowotwór przechodził na narządy sąsiednie: jak pęcherz moczowy, pochwa i t. d. We wszystkich prawie przypadkach stwierdzić można było przerzuty i to nieraz bardzo rozległe, a ogólny stan tych chorych przedstawiał obraz daleko posuniętego charłactwa. Wiele z tych chorób gorączkowało i były tak wycieńczone, że nie mogły podnieść się z łóżka.

Wyniki, jakie uzyskaliśmy przedstawiają się następująco :

I. grupa (przypadki nadające się do operacji) :

Ilość przypadków — 8.

Doraźny wynik dobry: 7 (z tych 2 przyp. *Carc. corp. ut.)*.

Bez wyniku: 1.

Nawrót: 2 (w obu po roku).

Wyleczenie [1]): 5.

Przypadek, w którym naświetlanie nie dało żadnego wyniku, dotyczył osoby młodej, bo 28-letniej, u której sprawa nowotworowa mimo naświetlenia rozszerzała się i to uderzająco szybko. Naświetlanie radem nie powstrzymało dalszego rozwoju nowotworu, wnet powstała przetoka pęcherzowa i odbytnicowa, i osoba ta zmarła po roku. Nadmienić należy, że u osoby tej pierwotne zmiany nowotworowe były bardzo ograniczone, tak że przedmiotowe badanie wypadło zupełnie ujemnie i dopiero wyskrobanie ze szyji macicy drobnych kawałeczków umożliwiło rozpoznanie raka przy pomocy badania mikroskopowego.

II. grupa (przypadki graniczne):

Ilość przypadków: 12.

Doraźny wynik dobry: 11.

Bez wyniku: 1.

Nawrót: 2 (w jednym przyp. po roku, w drugim po 8 miesiącach).

Wyleczenie: 7.

Nie odpowiedziały: 2.

Z tej grupy przypadków zmarły 4 i to 2 z powodu raka, jedna u której wynik doraźny był dobry, — z powodu zapalenia płuc, a jedna niewiadomo kiedy i z jakiego powodu.

III. grupa (przypadki nie nadające się do operacji):

Ilość przypadków: 27.

Doraźny wynik dobry: 25.

Bez wyniku: 2.

Z tych, u których wynik doraźny był dobry, stwierdzono stan dobry po $3^1/_2$ latach u 6-ciu.

Pogorszenie a więc nawrót cierpienia stwierdzono u 4.

[1]) Czas obserwacyj naszych przypadków wynosi zaledwie lat 4. Wobec tego nie może być mowy o wyleczeniu w ścisłem tego słowa znaczeniu w myśl przyjętych ogólnie zasad, według których o wyleczeniu można mówić dopiero wówczas, jeśli bez nawrotu upłynie 5, a jak niektórzy chcą 7 lat. To też wyleczenie to w przypadkach naszych pojmujemy jako dowód, że do tej pory nie przyszło do nawrotu, a więc jako czasowe i kliniczne, o ile dotyczy przypadków nie nadających się do operacji i zaniedbanych.

14 chorych nie odpowiedziało na kwestjonarjusz, tak że o losach ich niczego powiedzień nie można.

IV. grupa (przypadki zaniedbane):

Ilość przypadków: 57.

Doraźny wynik dobry: 49.

Bez wyniku; 8.

Wyleczenie w znaczeniu wyżej określonem — 3.

Nawrót u tych chorych, u których pierwotnie stwierdzono bezpośrednio po naświetlaniu wynik zadowalający, miał miejsce u 5.

Z tej grupy zmarło 17 chorych i to:

1 — po $2^1/_2$ latach,

4 — po 2 latach,

1 — po $1^1/_2$ roku,

5 — do pół roku,

6 — niewiadomo kiedy.

Los innych chorych niewiadomy z powodu braku odpowiedzi.

W grupie III. i IV. zanotowaliśmy 11 przyp. takich, które w kilka miesięcy po naświetlaniu przedstawiały się bardzo korzystnie, tak że można było uważać je za zupełnie wyleczone. Z powodu zbyt krótkiej kontroli nie są one jednak wliczone do przypadków wyleczonych.

Wyniki poszczególnych grup przedstawiają się w odsetkach następująco:

A. **Wyleczenie** (w znaczeniu wyżej podanem):

I. grupa — 62·6 %,

II. » — 58·33%,

III. » — 25·92%,

IV. » — 5·26%.

B. **Doraźny wynik dobry**:

I. grupa — 87·5 %,

II. » — 91·66%,

III. » — 88·88%,

IV. » — 85·96%.

Brak doraźnego wyniku stwierdziliśmy w przypadkach:

grupy I. — w 12·5 %,

» II. — w 8·33%,

» III. — w 7·04%,

» IV. — w 14·03%.

Licząc razem przypadki grupy I. i II., to na 20 przypadków obu tych grup, uzyskaliśmy wyleczenie w 12 przyp., co czyni 60 %. U 2 chorych wynik był ujemy, co wynosi 10%, wreszcie u 4 chorych mimo dobrego pierwotnego wyniku przyszło do nawrotu, co równa się 20%.

Te obie grupy przypadków nie przedstawiają dla nas większego zainteresowania. Zasadniczo bowiem przypadki te operujemy. To tłumaczy tak małą ich liczbę, nie pozwalającą również na wysnuwanie daleko idących wniosków.

Bardziej interesujące są wyniki, jakie uzyskaliśmy w przypadkach grupy III. i IV. Są to, jak wiadomo, przypadki, wobec których byliśmy dotychczas niemal, że bezradni bo nie mieliśmy na nie żadnego środka leczniczego. Biorąc razem przypadki obu tych grup, to na 84 przypadków uzyskaliśmy wyleczenie, stwierdzone w czasie od 1 do $3^1/_2$ lat, w 9-ciu przyp., co wynosi 10·71%. Wyleczenie to pojmujemy naturalnie jako kliniczne, a nie anatomiczne, i jak dotąd czasowe. U wszystkich tych chorych krwawienie i odchody ustały zupełnie, chore te przybierały na wadze, czuły się dobrze i zdolne były do pracy. Przedmiotowo ostatnie badanie stwierdziło u nich w miejscu pierwotnego ogniska rakowego mnij lub więcej rozległe pozaciągane blizny i bliznowate zaciągnięte przymacicza.

U 74-ch chorych obu tych grup t. j. 88·09% przyp. nastąpiła tak znaczna poprawa po naświetlaniu, że doraźny wynik uważać należało za zupełnie zadowalający. Wyniki te, uważać należy za bardzo dobre, gdyż nie da się zaprzeczyć, że nie możnaby ich absolutnie uzyskać żadnym innym sposobem w przypadkach tak daleko posuniętego raka macicy. Stwierdzenie tego faktu upewniło nas w dotychczasowem przekonaniu, że p r z y p a d k i r a k a m a c i c y n i e n a d a j ą c e s i ę d o o p e r a c j i w i n n e b y ć s t a n o w c z o n a ś w i e t l a n e.

Co się tyczy przypadków n a d a j ą c y c h s i ę d o o p e r a c j i to i nadal stoimy na stanowisku, że przypadki t e w i n n e b y ć o p e r o w a n e. Wprawdzie w przypadkach tych licząc grupę I. i II. razem bezpośredni dobry wynik był w 18-tu przyp. (= 90%), atoli w 4-ch przypadkach (=20%) z tych przypadków przyszło do nawrotu. Wprawdzie odsetek wyleczenia obu tych grup wynosi 60% (12 na 20), jednak nie wolno zapominać, że czas spostrzeżenia tych chorych wynosi zaledwie 1 do $3^1/_2$ lat, a więc jest za krótki, by wynik wolno było uważać za trwały. Wreszcie i to należy podnieść, że wyniki operacyjne, zwłaszcza w przypadkach grupy I. z pewnością nie byłyby gorsze, a kto wie, czy nie lepsze.

Rzecz naturalna, że odsetki dotyczące chorych wyleczonych i tych, u których później przyszło do nawrotu, jakoteż zmarłych, nie mogą być ścisłe. Na 104 chorych, do których wysłano kwestjonarjusz z prośbą o odpowiedź, nie odpowiedziało 42 tj. 40·38%. Nie ulega wątpliwości, że u wielu z tych chorych przyszło później do nawrotu i że wiele z nich później zmarło. To też odsetek tych przypadków w rzeczywistości przedstawiałby się znacznie gorzej, gdyby los tych chorych był nam wiadomy. Uderzającem jest n. p., że w grupie III. nie zanotowaliśmy ani jednego przypadku śmierci. Jest to czysty zbieg okoliczności powstały wskutek tego, że właśnie te chore, względnie ich rodziny nie odpowiedziały na nasz kwestjonarjusz. Nie ulega wątpliwości, że wiele z tych chorych zmarło po pewnym czasie.

Daleko ważniejsze atoli mają znaczenie wyniki dotyczące uzyskania doraźnego dobrego wyniku i wyleczenia. I tutaj znowu wyniki te, dotyczące przypadków grupy I. i II. są mniej zajmujące. Jak wyżej wspomnieliśmy przypadki te zasadniczo operujemy i na razie nie mamy powodu zmieniać naszego stanowiska w tym kierunku. Wprawdzie wyleczenie w 60% przypadków zdawałoby się przemawiać na korzyść naświetlania, lecz wobec krótkiego czasu spostrzeżenia, nie uważamy za stosowne wynikiem tych się zachwycać, zwłaszcza wobec tak małej liczby przypadków.

Natomiast godne są uwagi, nad którymi nie można przejść do porządku dziennego, wyniki w przypadkach grupy III. i IV. Doraźny dobry wynik uzyskaliśmy w przeszło 88% przyp. Jeśli się zważy, jakiego rodzaju są to przyp., to przyznać się musi, że wyniki te uważać należy za bardzo dobre. O dalszych losach wielu z tych chorych nic nam nie wiadomo, gdyż 38 z pośród nich nie odpowiedziało na nasz kwestjonarjusz. Atoli okoliczność, że 9 z pośród chorych tych obu grup, t. j. prawie 11% do $3^1/_2$ lat żyje i zdolne są do pracy i czują się nieźle — przemawia bardzo silnie za wielką wartością naświetlenia podobnych przypadków — wobec których dotąd byliśmy, jak już wspomniano, prawie bezradni.

Co się tyczy sposobu naświetlania, to stosowaliśmy metodę S e i t z a i W i n t z a, zmodyfikowaną w sposób na wstępie podany.

Z pośród powyżej przedstawionych przypadków w 21 zastosowaliśmy oprócz Roentgena naświetlanie radem. Stosowaliśmy 50 mg. radu, który zakładaliśmy do pochwy na 60 godzin w odstępach kilkudniowych po każdych 24 godzinach. Miało to miejsce dopiero w ostatnich 6 miesiącach. Zbyt krótki czas nie pozwala na wyciąganie jakichkolwiek wniosków. Atoli już dzisiaj możemy stwierdzić, że w przypadkach naświetlanych równocześnie Roentgenem i radem o ile wynik doraźny był dobry, — to działo się to daleko szybciej, aniżeli w przypadkach naświetlanych tylko promieniami Roentgena. Uderzającem było, jak w przypadkach tych nie tylko krwawienie, ale zwłaszcza brudne, cuchnące odchody znikały szybko, tak, że na sali, gdzie te chore leżały, prawie zupełnie odchodów tych czuć nie było, podczas gdy dawniej, kiedy naświetlaliśmy tylko promieniami Roentgena, dłuższy pobyt na tej sali stawał się nieznośny z powodu silnego odoru cuchnących odchodów.

U 2 chorych tej kategorji stwierdziliśmy w jakiś czas po radzie martwicę pochwy, która dotąd się utrzymuje. Niewiadomo, czy nie przyjdzie do powstania przetoki.

W przypadkach raka trzonu zakładaliśmy pierwotnie rad do szyji macicy. W jednym przyp. u osoby 68 letniej naświetlanym Roentgenem przed 15 mies., po 8 mies. wystąpiły znowu odchody czerwone. Po radzie rychło to ustało

i osoba ta dotąd ma się bardzo dobrze. W drugim przypadku w 24 godz. po założeniu radu do szyji macicy wystąpiły silne bóle w dolnej części brzucha, podwyższenie ciepłoty, dreszcze i wybitne objawy otrzewnowe. Osoba ta zmarła na zapalenie otrzewnej. Po tem smutnem doświadczeniu w przypadkach raka trzonu nie zakładamy już radu do szyji macicy, lecz tylko do pochwy.

Tak samo w przypadkach raka szyji zakładamy nabój radjowy tylko do pochwy w ten sposób, by przylegał ściśle do ogniska nowotworowego, a naokoło niego zakładamy do pochwy gazę, która ustala cały nabój i nie pozwala na przesunięcie się tegoż.

Oprócz powyższych 104 przyp. raka macicy stosowaliśmy naświetlanie w jednym przyp. raka cewki moczowej, w 2 przyp. raka sromu, 2 przyp. raka pochwy i w 3 przyp. nawrotu po operacji. Przypadki nawrotu naświetlane były Roentgenem i radem. W 2-ch z nich wynik doraźny jest bardzo dobry, w jednym nie było żadnego wyniku. W przypadku raka cewki naświetlanie promieniami Roentgena nie dało żadnego wyniku. Tak samo nie mogliśmy stwierdzić żadnej poprawy w obu przypadkach raka sromu, z których jeden naświetlany był Roentgenem, a drugi Roentgenem i radem. Wreszcie przy raku pochwy okazał się Roentgen w obu przypadkach zupełnie bezskuteczny i dopiero po radzie mogliśmy stwierdzić w jednym przypadku bardzo wyraźną poprawę.

Dr. Maksymiljan SEIDLER, asystent kliniki. Lwów.

Przyczyny i leczenie krwawień macicznych

Z kliniki położniczo-ginekologicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Doc. Dr. K. Bocheński.

Różnorodność przyczyn krwawień macicznych stawia nas często przed faktem niepewnego wyniku leczniczego — mimo wyczerpania naszych środków farmaceutycznych i mimo zastosowania skrobanki, z powodu zbyt schematycznego i szablonowego ich stosowania. Bez głębokiej analizy i indywidualnego traktowania każdego przypadku, musi być nasze leczenie problematyczne. Uciekanie się zbyt częste do skrobanki nie jest słuszne. Może być ona wytłumaczoną wówczas gdy leczenie farmaceutyczne i fizykalne zawiodło, gdy jesteśmy pewni lub domyślamy się przyczyny krwawienia w *endometrium* (błonie śluzowej) lub gdy skrobanka jest nam potrzebną da celów rozpoznawczych. Tylko na podstawie ścisłych, dokładnych wywiadów i dokładnego poznania tak ogólnego, jak i miejscowego stanu przedmiotowego, możemy wykryć tło i genezę nieprawidłowych krwawień macicznych i co zatem idzie, zastosować skuteczne leczenie.

Zanim przystąpię do właściwego tematu, pozwolę sobie przypomnieć podział i terminologję krwawień macicznych, za podstawę których przyjmujemy typowe, cykliczne krwawienie miesiączkowe.

Monorrhagią nazywamy cykliczne krwawienie zachowujące swój okresowy typ, nieraz niejasny lecz dający wykazać się — przekraczający jednak normę tak co do nasilenia, jak i czasu trwania krwawienia. Okresowością występowania, siłą i czasem trwania krwawienia różni się więc od typowej miesiączki czyli t. zw. *Eumenorrhoe* Seitz,a. Zależnie od powyższych cech rozróżniamy: *Oligo* — (mały) względnie według Seitz'a *Opso-menorrhoe* (*opso* = zapóźno) i w przeciwieństwie *Poly* (*polys* = duży) według Seitz'a *Proiomenorrhoe* (zawczesny) Wreszcie *Hypo-* i *Hypermenorrhoe* względnie *Menorrhagia.*

Metrorrhagia cechuje się natomiast atypowemi krwawieniami — wykazującemi ostrą granicę od cyklicznego krwawienia miesiączkowego — zależnego od owulacji. Rozpoznanie i leczenie tych ostatnich krwawień zwykle nie napotyka na wielkie trudności, gdyż przyczyny ich znajdziemy prawie zawsze w przedmiotowem stanie narządu rodnego. Przyczyny te bowiem są natury miejscowej a źródłem ich zmiany anatomiczne narządu rodnego. Zaburzenia ciąży i połogu, zmiany zapalne, przydatków, mięśnia macicznego i błony śluzowej (*lues,* skleroza) owrzodzenia ujścia zewnętrznego, a dobrotliwe i złośliwe nowotwory narządu rodnego — to są najważniejsze i najczęstsze przyczyny *Metrorrhagji.* Obraz atypowych krwawień daje nam także t. zw. *Metropathia haemorrhagica* uważana przez niektórych autorów za jednostkę chorobową. Źródła jednak tego schorzenia nie należy dopatrywać się według badań Pankowa i R. Schrödera i innych, ani w zmianach anatomicznych macicy (mięśnia macicznego czy to naczyń) ani w zmianach anatom. jajników *(Degeneratio cystica)* jak to sądzono dawniej, lecz w zmianach czysto czynnościowych. Do tej sprawy powrócimy jeszcze później.

Wracając do leczenia krwawień atypowych — *metrorrhagia* — podkreślić muszę, że wobec przyczyn, polegających na zmianach anatomicznych narządu rodnego — leczenie to może być skuteczne i radykalne, tem więcej, że wykrycie przyczyn na podstawie ścisłego badania, nie napotyka zwykle na większe trudności.

Menorrhagia, jak już wspomniałem wyżej, nazywamy cykliczne krwawienia, przekraczając tak co do czasu występowania, jak i ilości normę zwykłej miesiączki. Pojęcia przyczynowe tych krwawień uległy w ostatnich 25-ciu latach znacznym zmianom. Z poznaniem cyklicznych zmian w błonie śluzowej macicy, zależnych czy to od dojrzewającego pęcherzyka, czy to komórki jajowej, lub ciałka żółtego — czy od wszystkich razem, a to dzięki Hitschmannowi, Adlerowi, R. Meyerowi i R. Schröderowi — upadły poprzednie zapatrywania, dopatrujące się przyczyny tych krwawień w zmianach zapalnych błony śluzowej macicy. Dzięki badaniom powyższych autorów — obrazy histologiczne błony śluzowej macicy określane jako »*endomentritis glandularis — hyperplastica*« lub »*hypertrophica*« — uważamy obecnie za różne okresy prawidłowego, fizjologicznego cyklu menstruacyjnego. Zmiany zapalne, polegające prawie zawsze na zakażeniu bakteryjnem i charakteryzujące się silnem nacieczeniem leukocytarnem (w stanach ostrych) lub limfocytarnem i komórkami plazmatycznemi (w stanach chronicznych) tkanki śródmiąższowej *(interstitium)* w rzeczywistości znajdujemy bardzo rzadko.

Gdy i w mięśniu macicznym (*metritis* — Scanzoni'ego) ani w naczyniach macicznych nie znaleziono zmian, mogących usprawiedliwić nieprawidłowe krwawienie miesiączkowe (Pankow, Beutner) — zwrócono wówczas uwagę na jajnik. Po doświadczeniach Schickele'go, Aschnera, Fellnera, Hermana, J. Freunda i innych zdawało się, że znaleziono przyczynę tych t. zw. »jajnikowych krwawień« *(Ovarielle Blutungen)* w zaburzeniu wydzielniczej funkcji jajnika, względnie ciałka żółtego. Zależnie od ilości wytwarzanych (substancji) ciał rozszerzających naczynia krwionośne i hamujących krzepliwość krwi — występują słabsze lub silniejsze krwawienia miesiączkowe.

Wykazane przez Schickele'go własności substancyj jajnikowych nie są swoiste. Możemy tylko we formie przypuszczenia wypowiedzieć zdanie, że silne krwawienia miesiączkowe są wyrazem nadmiernej czynności jajników. Droga do zrozumienia nieprawidłowych krwawień miesiączkowych jest bardzo powikłaną; dokładna analiza, dokładne wywiady odnośnie do typu miesiączkowego, dokładny ogólny i miejscowy stan przedmiotowy — mogą nam dany przypadek wyjaśnić. Nieprawidłowości miesiączkowe są dla nas wskaźnikiem zaburzeń wielu systemów narządów tylko i kliniczne spostrzeżenia, z posługiwaniem się medycyną wewnętrzną, mogą nam w rozpoznaniu i leczeniu przyjść z pomocą.

Że zaburzenia w okresowości zmian w ciałku żółtem (1. okres przekrwienia, 2. unaczynienia, 3. dojrzałości, 4. zmian wstecznych) i związanych z niemi zmian cyklicznych błony śluzowej macicy (1. proliferacji, 2. sekrecji, 3. deskwamacji, 4. regeneracji) są czynnikiem najważniejszym, wywołującym nieprawidłowe krwawienia miesiączkowe, jest rzeczą łatwo zrozumiałą. Przyczyny jednak zaburzeń tego cyklicznego procesu pozostają dla nas często zagadką. Dla zrozumienia nieprawidłowych krwawień — jest zasadniczą rzeczą zrozumienie typowego krwawienia miesiączkowego. Otóż krwawienie to nie jest następstwem nadmiernego przekrwienia wskutek rozszerzenia naczyń i krwawieniem »*per diapedesim*«, z zachowaniem tkanki, ale polega na złuszczeniu się warstwy

czynnościowej błony śluzowej macicy i pęknięciu naczyń, na granicy pozostającej bez zmian warstwy podstawowej. W ten sposób powstaje powierzchnia krwawiąca w macicy — krew wydobywa się z otwartych naczyń krwionośnych, dopóki nie nastąpi skurcz mięśnia macicznego i zaciśnięcie naczyń krwionośnych. Nadmienić muszę, że anatomiczne warunki (przebieg naczyń krwionośnych i ułożenie włókienek mięsnych macicy) są korzystne dla szybkiego wstrzymania krwawienia miesiączkowego — dopóki nie nastąpi regeneracja błony śluzowej. Nasilenie krwawienia miesiączkowego i czas jego trwania, będą zależały od przekrwienia narządu rodnego i sprawności mięśnia macicznego.

Przekrwienie może być czynne (np. w następstwie procesu owulacyjnego, nadużyć płciowych i procesów zapalnych narządu rodnego i otoczenia); przekrwienie bierne występuje w związku z zaburzeniami narządu krążenia (choroby serca, zwapnienie tętnic, choroby płuc i nerek), ze zmianami położenia macicy *(retroflexio, descensus, enteroptosis)* w następstwie guzów w miednicy (włókniaki, torbiele jajnikowe i. t. d.) utrudniających odpływ krwi w miednicy. Zaburzenia psychiczne mogą również wywołać zmiany w systemie krążenia (przekrwienie w obszarze *n. splanchnicus)*, a tem samem wpływać na miesiączkę w znaczeniu dodatniem lub ujemnem. Można je również tłumaczyć procesami wewnątrzwydzielniczemi. Rola śród-mózgowia które jest siedzibą wrażeń psychicznych a z drugiej strony wraz z przysadką odżywczo-wygetatywnym ośrodkiem dla narządu rodnego, a w szczególności jajnika, pozwala przyjąć, że psychiczne podniety mogą wywołać zaburzenia miesiączkowe. Co się tyczy hemofilji — to niesłusznie bywa ona uważana za przyczynę ciężkich krwawień miesiączkowych, gdyż na ogół nie spotykamy jej u kobiet (Bauer, Wehefritz). Nie należy wreszcie pominąć milczeniem stosunku trombocytów do menoragji. Bezwzględnie spadek ilości trombocytów może doprowadzić do krwotoków miesiączkowych, z powodu zmniejszenia krzepliwości krwi lub przeciwnie zbyt silne krwawienie miesiączkowe może wywołać »*diathesis haemorrhagica*» z znacznym spadkiem ilości trombocytów *(menorrhagia thrombopenica* — Halbana). Przypadek podobny dotyczący pierwiaski 19-sto letniej, o typie astenicznym miałem sposobność spostrzegać w klinice położniczej lwowskiej, który po 3-ch dniach leczenia na klinice wewnętrznej skończył się śmiercią. Przypadek Halbana został wyleczony przez wycięcie śledziony.

Prócz przekrwienia, ilość krwi i czas trwania miesiączki zależą od sprawności mięśnia macicznego — a może być ona upośledzoną, w następstwie porodu, nieprawidłowego połogu, z powodu zrostów otrzewnowych po przebytych stanach zapalnych, z powodu »metrycznych« zmian ale tylko u osób, które rodziły *(metritis chronica)* wreszcie z powodu włókniaków i to przeważnie wśródściennych.

Pierwotny słaby »*tonus*« mięśnia macicznego spotykamy n osób astenicznych i z niedorozwojem macicy z powodu pierwotnej niedomogi jajników lub wtórnego osłabienia tychże. Od przyczyn powyższych zależy intenzywność i czas trwania nieprawidłowych krwawień, związanych jednak z cyklem miesiączkowym. Okresowość jednak występowania krwawienia miesiączkowego zależy od okresu i czasu dojrzewania komórki jajowej i czynności ciałka żółtego, a więc od jajnika. Istnieje ścisła zależność błony śluzowej macicy od jajnika, a zmiany w bł. śluz. są niejako niewolniczo związane z podnietami pochodzącemi od jajnika i służą jako rozpoznawczy wskaźnik prawidłowej czy też nieprawidłowej czynności jajników. Samodzielne bujania bł. śluzowej zdarzają się jedynie przy nowotworach z tejże wychodzących i jako odczyny obronne przy zapaleniach.

Krwawienia nieregularne miesiączkowe należy tłumaczyć więc zaburzeniem w okresowości i czasie dojrzewania komórki jajowej, w długości życia tej komórki i istnienia ciałka żółtego w okresie dojrzałości a w następstwie tego zaburzeniami w okresowości zmian cyklicznych bł. śluzowej. (Czas dojrzewania komórki jajowej się skraca, albo życie tejże, albo te są normalne, jak przy 4-ro tygodniowym typie miesiączkowym, a tylko okres wydzielniczy bł. śluzowej skraca się do połowy z 14-tu do 7-dmiu dni).

Wymienione zaburzenia zdarzają się przy pierwotnej niedomodze jajników — która jest objawem ogólnego infantylizmu *(Pubertätsblutungen)*, czego następstwem jest również niedorozwój macicy i niesprawność mięśnia macicznego lub przy wyczerpaniu jajników w okresie klimakterjum (klimakteryczne krwawienia). Wtórne osłabienie jajników powodują schorzenia ogólne (błednica, niedokrwistość, gruźlica, choroby zakaźne, stany wyczerpania fizycznego i psychicznego, przewlekłe zatrucia, ostre i podostre zapalenia jajników i t. d. Nieprawidłowości w całym systemie gruczołów dokrewnych będących we wzajemnej korelacji — znajdują swój wyraz również w nieprawidłowej czynności jajników.

Po określeniu dwóch rodzajów krwawień tj. cyklicznych i niecyklicznych, należałoby jeszcze wspomnieć o grupie krwawień nietypowych, w których daje się jednak rozróżnić jeszcze cykl miesiączkowy — co możemy stwierdzić badaniem drobnowidowem bł. śluzowej, uzyskanej zapomocą skrobanki. Tu należą krwawienia przed i po miesiączkowe i w czasie owulacji. Przyczynę ich znajdziemy zwykle w zmianach anatomicznych *(polip, sa, ca, myoma, erosio* i t. d.) lub nieprawidłowem położeniu narządu rodnego (tyłozgięcie, *descensus)* w przekrwieniu miednicy i zwiotczeniu mięśnia macicznego. W regeneracji bł. śluzowej mogą zaburzenia tejże w krwawieniach po miesiączkowych odgrywać ważną rolę (Pankow).

Krwawienia w czasie owulacji wywołane są prawdopodobnie podrażnieniem naczynioruchowem przez pęknięcie pęcherzyka, a pochodzą niekoniecznie z błony śluzowej ciała macicy, lecz szyjki, owrzodzeń ujścia zewnętrznego i pochwy. Nie przychodzi jednak do złuszczenia się bł. śluzowej jak przy miesiączce, — lecz są to krwawienia »*per diapedesim*«.

Na szczególniejszą uwagę zasługuje t. zw. »*metropathia haemorrhagica*«, nazwa wprowadzona przez Aschoff'a i Pankowa, — a identyczne schorzenia z obrazem określanego dawniej jako *endometritis fungosa* (Olshausen, Brenechei i inni). Według Pankowa schorzenie to nie polega na zmianach zapalnych w *myo-* i *endometrium* (Scanzoni, Fritsch), ani na zmianach anatomicznych jajników *(degeneratio cystica* Kaji, Veit, Theilhaber, Aschner), lecz na zmianach czynnościowych tychże, względnie na zaburzeniu równowagi w całym systemie gruczołów dokrewnych. R. Schröder upatruje przyczynę tej jednostki chorobowej w nieprawidłowej czynności jajników, polegającej na zatrzymaniu w stanie dojrzałym pęcherzyka *(Follikelpersistenz)* i w związku z tem nadmiernego bujania bł. śluzowej. Do pęknięcia dojrzałego pęcherzyka nie przychodzi, a co zatem idzie, do wytworzenia się ciałka żółtego — wywierającego wpływ hamujący na miesiączkę. Pęcherzyki dojrzałe mogą ulegać zanikowi bez pęknięcia i bez przejścia w ciałko żółte (R. Meyer), po kolei dojrzewają coraz to nowe pęcherzyki, również nie pękając a krwawienie się utrzymuje bez przerwy. *Metropathia haemorrhagica* musimy więc zaliczyć do atypowych krwawień — jakkolwiek w zależności od czynności jajników. Częstość występowania tegoż schorzenia spotykamy w 82—84% u kobiet między 40 a 50 rokiem życia. Ze względu na wiek występowania dzielimy je na: »*Metropathia haemorrhagica iuvenilis et climacterica*«, obraz zaś histologiczny bł. śluzowej wyrażony jest w rozpoznaniu: »*hyperplasia glandularis cystica*«.

Przystępując do omawiania leczenia nieregularnych krwawień miesiączkowych, na podstawie wyżej przytoczonych szczegółów, powinniśmy kierować się w każdym poszczególnym przypadku następującemi zasadami:

1. Dokładną analizę patogenetyczną, w celu wyszukania określonych przyczyn, względnie czynnościowych zaburzeń,

2. na podstawie powyższych danych zastosować przyczynowe leczenie.

W przypadkach, w których stwierdzenie przyczyny jest niemożliwe pozostaje nam tylko leczenie objawowe, którem możemy skutecznie zadziałać co do nasilenia i czasu trwania krwawienia, lecz daleko trudniej jest wpłynąć korzystnie na okresowość krwawień, w kierunku prawidłowym.

Jeżeli chodzi o zmniejszenie nasilenia krwawienia i czasu jego trwania, to dbać musimy o zmniejszenie przekrwienia czynnego i biernego w miednicy — posługując się środkami farmaceutycznemi i leczeniem fizykalnem. Sprawność mięśnia macicznego możemy wzmocnić preparatami nań działającemi. Wyciągiem jajnikowym (*Glandol, Corpus luteum, opton, sistomensin* itd.) posiadającym własności hamujące krwawienie (Fellner, Izovesko, Herman, Freund), nie można przypisywać swoistego działania (Köhler, Esch, Zondek), gdyż i wyciągi innych narządów jak wątroby, nerki, śledziony wykazują te same własności. Wspomnieć należy jeszcze o próbnem stosowaniu surowicy (10—40 ccm. Busse), w czem Berman (wywołanie wstrząsu anafilaktycznego) widzi działanie lecznicze. Esch poleca przetwory białkowe (*aolan*) wprowadzane do ustroju drogą pozajelitową. Najskuteczniej działają przetwory przysadki mózgowej (*Pituglandol, Hypophisin* itd.) wywołują one bowiem skurcz mięśnia macicznego, zwężają naczynia krwionośne macicy i jajników i ograniczają wewnętrzne ich wydzielanie. *Tampospuman, suprarenina, stypticyna, ferripyrina, phenacon, acidum tartaricum* i *natrium bicarbonicum*, posiadają działanie zwężające naczynia krwionośne lub wzmagające krzepliwość krwi.

Leczenie nieprawidłowej okresowości krwawień, będącej następstwem niesprawności (niedomogi) jajnikowej — będzie polegało na wzmożeniu czynności jajników, względnie na usunięciu zaburzeń równowagi w systemie gruczołów. Wchodzą tutaj w rachubę:

1. naprawa warunków życiowych, ogólnego stanu,
2. zabiegi wywołujące miejscowe przekrwienie np. gorące natryski pochwowe, diatermja itd.,
3. proteinoterapja w znaczeniu nieswoistego bodźca,
4. wreszcie zabiegi wśródmaciczne:

a) wstrzykiwania przyżegających płynów (karbolalkoholu, formaliny, jodyny); mają one jednak być uważane jedynie za bodźce lokalne, wpływające na kurczliwość mięśnia macicznego, gdyż nieistniejącej już warstwy czynnościowej, która uległa złuszczeniu — nie potrzeba dopiero niszczyć,

b) skrobanka, która nie może być uważaną za zabieg leczniczy w znaczeniu usunięcia pierwotnej przyczyny chorobowej, gdyż ta w myśl przyjętych zasad nie znajduje się w *endometrium*; działa ona raczej jako uraz na macicę i jajniki, wywołując przekrwienie.

Naświetlanie jajników promieniami Roentgena małemi dawkami (36% H. E. D.) w znaczeniu pobudzającem, z powodu niedostatecznej czynności tychże, — co zdaniem Gellera z kliniki Fränkla, który badał jajniki drobnowidowo po naświetlaniu, nie jest słusznem. Nigdy bowiem nie stwierdził nowych pęcherzyków dojrzewających po naświetlaniu — a działania należy się raczej dopatrywać w zniszczeniu pęcherzyków, utrzymujących się za długo w okresie dojrzałości (*Follikelpersistenz*). Analogji w proteinoterapji i naświetlaniu temi małemi dawkami dopatruje się M. Fränkl, Kaznelson i Lorant.

Naświetlanie śledziony w celu zmniejszenia krwotoków miąższowych, znalazło również zastosowanie w ginekologji (Vogt, Eufinger, Wolmershäuser, Zweifel, Sippel, Hornung). Zwiększa ono krzepliwość krwi przez rozpad trombocytów i działa pobudzająco (*Reiztherapie*), a na okresowość krwawień wpływa jednak niewiele. Gdy powyższe środki zawiodą, musimy uciec się do radykalnych zabiegów j. n. p. zmniejszenie bł. śluzowej macicy przez wycięcie klinowe w ciele macicy lub nadpochwowe odcięcie, połowicza kastracja jajników zapomocą prom. Roentgena (Papé, Mansfeld); nie wydaje się to jednak słusznem, o ile stoimy na stanowisku R. Schrödera, że przyczyny nieprawidłowych krwawień miesiączkowych leżą nie we wzmożonej czynności, lecz w niedomodze jajnikowej. Jako ostateczność pozostaje nam zupełna kastracja roentgenologiczna, którą powinniśmy jednak stosować w wieku późniejszym (po 40 r.), a zwłaszcza w okresie klimakterjum.

Podobnemi środkami jak wyżej wspomniałem, posługujemy się również w leczeniu metropatji krwotocznej, zależnie jednak od tego, czy mamy do czynienia z odmianą *iuvenilis*, czy *climacterica*. Zniszczenie pęcherzyka, pozostającego ponad normę długo w okresie dojrzałości, udaje się niekiedy zapomocą skrobanki, przez co zmieniają się stosunki odżywcze w jajniku, lub w narkozie przez ucisk, niszczymy dojrzałe pęcherzyki.

Należałoby jeszcze zwrócić szczególniejszą uwagę, że badanie układu nerw. wegetatywnego w poszczególnym przypadku monoragji może znacznie ułatwić leczenie, albowiem *tonus* i pobudliwość mięśnia macicznego pozostają bezwątpienia pod wpływem tegoż układu. Wagotonja jest też niekiedy przyczyną obfitych krwawień miesiączkowych, a leczenie suggestywne daje w takich przypadkach bardzo dobry wynik. (Udzielenie bodźców psychicznych podrażniających układ współczulny — czego następstwem są silne skurcze macicy).

Jak z powyższego wynika różnorodność sposobów i środków leczniczych stosowanych przy nieregularnych krwawieniach miesiączkowych, świadczy tylko o ich niepewnem działaniu. Z doświadczeń Stickla i Zondeka wynika, że wyciągi narządów wzgl. gruczołów dokrewnych posiadają własności hamujące krwawienie, jednak o swoistem działaniu mowy być nie może. Najlepsze wyniki osiągnęli powyżsi autorowie wstrzykiwaniem wyciągu przysadki i jądra. Wyciągowi jądra zdaniem ich nie można przypisać ogólnego działania wewnątrzwydzielniczego w ustroju kobiecym, lecz tylko działanie przypisane proteinoterapji. (Aktywowanie protoplazmy— podniesienie ogólnej sprawności ustroju).

Skuteczne działania wapnia na krzepliwość krwi i pobudliwość wegetatywnego syst. nerw. — nasunęło myśl Stickelowi i Zondekowi wprowadzenia do lecznictwa kombinacji tych trzech środków równocześnie — dożylnie. Przetwór zawierający wymienione składniki nosi nazwę »*Calcophysiny*«. W przypadkach nieprawidłowych krwawień, nie może zastąpić on całego lecznictwa w ogólności, jeżeli jednak chodzi o uzyskanie wyniku doraźnego — to przetwór ten trafił nam do przekonania — ze względu na swoje składniki. To też dla przekonania się o jego skuteczności podjęliśmy z nim doświadczenia na klinice ginekol. lwowskiej w październiku 1924 r. a więc jeszcze przed ukazaniem się prac Lorenza i Leona. Materjał nasz obejmuje 47 przypadków, z tego jeden odpada, gdyż po pierwszem wstrzyknięciu chora więcej się nie zgłosiła. Stosowaliśmy wstrzykiwania tak w przypadkach meno- jak i metroragji.

Pierwszą grupę krwawień t. z. związaną z cyklem miesiączkowym podzieliliśmy na krwawienia:

1. dziewczęce (*juvenile*) t. z. w okresie pokwitania.
2. na tle zmian zapalnych przydatków macicy,
3. klimakteryczne.

Ze względu na uboczne objawy towarzyszące wstrzyknięciu, a polegające na działaniu na układ współczulny (zaburzenia równowagi syst. naczyń) pod postacią gorąca, trwogi, bicia serca, przyśpieszenia tętna — należy robić je zawsze powoli i w pozycji leżącej. Wstrzykiwać je należy również ściśle i dokładnie do żyły, gdyż kilka kropli przetworu wstrzykniętych w tkankę podskórną wywołuje bolesne nacieki tejże, a nawet i martwicę. W kilku przypadkach z powodu chwilowego braku kalkofizyny, wstrzykiwaliśmy 5 ccm. 10% roztw. chlorku wapnia wraz z 1 ccm. »*Hypophysid*« Klawego. W przypadkach tych było jednak działanie daleko słabsze, aniżeli po kalkofizynie.

Pierwsza grupa obejmowała 4 ry przypadki, przyczem zaznaczyć muszę, że stan narządu rodnego nie wykazywał żadnych zmian, — i w tych przypadkach osiągnęliśmy najlepsze wyniki. W dwu przypadkach już jedno wstrzyknięcie wystarczyło, by bardzo obfite krwawienie miesiączkowe zupełnie ustało, a utrzymywał się tylko ślad plam różowych przez dwa dni. W dwu pozostałych skutek osiągnęliśmy po 3-ch wstrzyknięciach — codziennie po sobie następujących (pierwszego dnia 3 ccm, drugiego i trzeciego po 5 ccm.). Druga grupa, dotycząca krwawień nieregularnych miesiączkowych na tle przewlekłych i podostrych zapaleń przydatków macicy, obejmuje 20 przypadków dotyczących osób między 25—40 rokiem życia. W tem stwierdzono prócz wyraźnych zmian przydatków, 2 razy guzy przydatków zapalne w wy-

sięku, 1 raz gruźlicze zapalenie chroniczne otrzewnej z zajęciem swoistem narządu rodnego u dziewicy 22-letniej, 4 razy tyłozgięcie macicy w zrostach — z wyraźnemi śladami przebytego zapalenia przymacicza tylnego. Z wyjątkiem 4-ch powyższych przypadków tyłozgięcia macicy i 2-ch przypadków guzów przydatków, wyniki naogół były bardzo dobre. W dwu przypadkach tyłozgięcia macicy po zastosowaniu 2-giej serji t. z. 8-mego wstrzyknięcia, krwawienie ustało zupełnie, biorąc jednak rzecz ściśle krytycznie, nie można tego wyniku odnieść wyłącznie do działania kalkofizyny. Mogło bowiem ono ustać już wtedy samoistnie.

Nasilenie i czas trwania krwawienia znacznie malały w porównaniu do poprzednich okresów miesiączkowych, z 8 miu a nawet i 14-tu dni trwania, miesiączka skracała się do 4-ch dni — ilość krwi zaś, według zapodań chorych była bez porównania mniejsza. Zwykle wystarczały 3 wstrzyknięcia dziennie po sobie następujące w ilości 3 ccm. — do zupełnego ustania krwawienia. Jeżeli zaś nie było wyniku, zwiększaliśmy dawki do 5 ccm., którą dwukrotnie powtarzaliśmy. Tem wyraźniej można było zaobserwować dodatni skutek tego środka w przypadkach leczonych poprzednio przetworami sporyszowemi (*secacornin, gynergen)* itd.). Prócz wymienionych objawów ubocznych polegających na uczuciu gorąca, i biciu serca itd. które także dały się zredukować do minimum przy powolnem wlewaniu w pozycji leżącej, ujemnych następstw nie zauważono. Oprócz nieznacznego podwyższenia ciepłoty w jednym przypadku do 37·6⁰ zaostrzenia się sprawy zapalnej w przydatkach macicy nigdy nie zauważyliśmy.

Samoistną niejako grupę stanowią 3 przypadki — nie wykazujące żadnych zmian anatomicznych w narządzie rodnym, prócz lekkiego niedorozwoju. Dotyczą one dwóch pierwiastek (24 i 26 letnich), które z powodu silnego urazu fizycznego dostały silnego krwotoku przy zbliżającym się perjodzie. Po przyjęciu na klinikę i jedynem wstrzyknięciu kalkofizyny, krwawienie zupełnie ustało. W 3-cim przypadku u wieloródki (lat 28) po porodzie odbytym 28. II. 1924 r. i skończonym połogu, wystąpiły obfite miesiączki co 4 tyg. 7 dni trwające. Od grudnia 1924 r. krwawienia powtarzające się co 2 tyg. , zgłasza się 19. II. 1925 r. z tem, że od 8. II. do tej pory krwawi. Gdy przetwory sporyszowe okazały się bezskuteczne, wstrzyknięto 24. II. i 25. II. po 3 ccm. kalkofizyny — poczem krwawienie zupełnie ustało. Następny perjod nastąpił 12. VII. trwał 4 dni, dość silny. Te wyniki mogą być dowodem klasycznym, skuteczności tego środka.

Przypadki powyższe spostrzegaliśmy ściśle, przynajmniej przez 2 okresy miesiączkowe i przekonaliśmy się, że perjody przebiegały prawidłowo tak co do czasu, jak i nasilenia. W ostatniej grupie krwawień tz. klimakterycznych, spostrzegliśmy 9 przypadków — osób między 40—58 rokiem życia. W połowie przypadków krwawienie już po pierwszem wstrzyknięciu zmalało zupełnie a po 3-ch ustało zupełnie. W 4-ch pozostało leczenie kalkofizyną bez efektu. Wytłumaczenie znajdziemy łatwo, o ile sobie uprzytomnimy, że wszystkie środki farmaceutyczne — nie wyłączając wyciągu narządów — powstrzymujące krwawienia maciczne (nawet pochodzenia jajnikowego) nie działają bezpośrednio na jajnik, lecz pobudzają mięsień maciczny do lepszej sprawności i kurczenia się i zwężenia naczyń, a co zatem idzie do zmniejszenia wzgl. ustania krwawienia. Jakkolwiek mięsień maciczny przy krwawieniach klimakterycznych nie wykazał zmian anatomicznych, to przecież przyjąć należy za przyczynę osłabienie czynnościowe i sklerotyczne zmiany naczyniowe. Od stopnia więc tych zmian zależeć będzie, czy osiągniemy dodatnie lecznicze wyniki po zastosowaniu tegoż przetworu. Zwiększenie krzepliwości krwi zapomocą wlewania wapnia czy to samego (Hornung) czy w przetworze powyższym samo przez się okazuje się niewystarczającem w przypadkach daleko posuniętych zmian czynnościowych mięśnia macicznego. Środka zaś chemicznego ani organo-terapeutycznego mogącego zadziałać na jajnik na ten »*spiritus movens*« krwawień miesiączkowych dotychczas nie posiadamy. W takich przypadkach pozostaje jeszcze zastosowanie promieni Roentgena — w celu zniszczenia czynności jajnika jako ostatnie remedjum.

W następujących przypadkach wynik był zupełnie ujemny: 1. resztki jaja płodowego po poronieniu (1), 2. ciąża trąbkowa (1), 3. *menorrhagia thrombopenica* (1), 4. 2 przypadki *metropathia haemorrhagica climacterica et iuvenilis,* w których to ostatnich musieliśmy się uciec do prom. Roentgena. W dwu tych przypadkach badanie wyskrobin wykazało »*Hyperplasia glandularis cystica*«.

Metroragja również okazała się bardzo oporną na leczenie kalkofizyną. Wprawdzie niewielka ilość przypadków nie pozwala nam na należytą oceną, w każdym razie mając w pamięci, że przyczynę powyższych atypowych krwawień znajdziemy zawsze w zmianach anatomicznych, zrozumiemy łatwo, że bez radykalnego usunięcia tychże, nie możemy żadnemi środkami farmaceutycznemi powstrzymać krwawienia. Tu mamy do zanotowania 5 przypadków z następującem rozpoznaniem: *Retroflexio uteri myomatosi* (1), *metrorrhagia post partum et retroflexio libera* (1), *endometritis haemorrhagica post abortum* (1) i *endometritis interstitialis.* W przypadkach dotyczących zmian zapalnych jakkolwiek może po wstrzykiwaniach zmalało krwawienie, musiano jednak uciec się do skrobanki, która nasze rozpoznanie potwierdziła, a dla samej sprawy chorobowej stała się leczeniem. W przypadku krwawienia poporodowego po odprowadzeniu macicy i założeniu krążka sprawa się uspokoiła.

Jak z powyższego wynika, w kalkofizynie znaleźliśmy znakomity środek leczniczy w tz. krwawieniach jajnikowych i na tle zapaleń przydatków macicy, a także i niektórych krwawieniach klimakterycznych, które także do tych pierwszych zaliczyć można. Wynik ujemny leczniczy każe nam domyślać się zmiany anatomicznej w narządzie rodnym, nie dającej się wykazać badaniem przedmiotowem — jak to przypadki *endometritis intestitialis* wykazały. Wyniki nasze zgadzają się mniej więcej z wynikami osiągniętemi przez Bock'a, Lorenza i Leon'a. Jakkolwiek w piśmiennictwie zbyt mało jest jeszcze ogłoszonych przypadków krwawień macicznych, leczonych kalkofizyną — aby móc na podstawie tychże wysnuć daleko idące wnioski co do wartości tego środka, to przecież wydaje się on nam wypróbowania godnym w przypadkach upartych krwawień macicznych — zanim zdecydujemy się na radykalne (operacyjne lub roentgenologiczne) zabiegi. Skuteczności tego środka dopatrywać się należy w skombinowanym jego składzie — podanym przez Stickla i Zondeka. A mianowicie w wyciągu z przysadki mózgowej, podnoszącym najskuteczniej sprawność m. macicznego wyciągu jądra jako przetworu białkowego działającego w znaczeniu proteinoterapji, wreszcie w chlorku wapnia w 10% jego roztworze. Ten ostatni wpływa nie tylko na zwiększenie krzepliwości krwi przez rozpad trombocytów i uwolnienie trombokinazy, ale i obniża pobudliwość wegetatywnego systemu nerw. zaopatrującego macicę, wzgl. wpływa na utrzymanie równowagi ukł. nerw. sympatycznego i parasympatycznego. (Podniesienie *tonus* ukł. sympatycznego, celem wyrównania podwyższonego *tonus* ukł. parasympatycznego *vagus*). Chlorek wapnia wywiera również dodatni wpływ na samą komórkę jako taką.

Wyniki dalsze — polegające na leczeniu krwawień macicznych naświetlaniem śledziony, jak również i lokalnych zmian w *endometrium* sposobem Mengego — jako dalszy etap zakreślonego przeze mnie tematu przyczynowego leczenia krwawień macicznych, ogłoszę później.

Piśmiennictwo.

1) Kalledey. Verhandl. d. Deutsch. Gessel. f. gyn. 1914 Bd. II. S. 88. — 2) Pankow. a) Monatsschr. f. geb. u. gyn. 1911 Bd. 33. S. 33. S. 339. b) Ztschr. f. geb. u. gyn. Bd. 65. H. 2. — 3) R. Meyer. Arch. f. gyn. 113 Bd. 1920. — 4) L. Adler. a) W. Klin. Woch. 1921 Nr. 31. b) W. m. W. Nr. 47. 1921. — 5) Ahreiner. Arch. f. gyn. 1908. 85. — 6) H. Albrecht. Monats. f. C. u. gyn. 1911. 34. — 7) V. Bardeleben. Th. d. Gegen. 1907. 8) Brenneche. Olshausens Arch. f. gyn. 1882. XX. — 9) Eufinger. Mon. f. geb. u. gyn. tom 58. — 10) J. Fischer. Mon. f. geb. n. gyn. 1907 tom 25. — 11) Heubel. M. med. W. 1911 Nr. 7. — 12) Heynemann. Z. f. Gyn. 1910 Nr. 10. — 13) Hirsch. M. f. geb. u. gyn. Bd. 37. — 14) Vander Hütten. M. Med. W. 1921. 27. — 15) Kaji, M. f. g. u. gyn. 1910 tom 32. 16) Kaznelson u. Lorant. M. Med. W. 1921 Nr. 5. — 17) Klein. M. f. geb. 1912. tom 35. — 18) Lindig. Zent. f. gyn. 1922. Nr. 33. — 19) Mackenrodt. Berl. Kl. Woch. 1912. — 20)

Mansfeld. Diskussion z. Halbseitenkastration. 17 gyn. kongr. Innsbruck 1922 u. Zentr. 1924 Nr. 6. — 21) Opitz. M. med. W. 1910 Nr. 1. — 22) Schickele. M. f. geb. u. gyn. tom 39. — 23) Tenże i Keller. a) Arch. f. gyn. 1911 Bd. 95. b) Arch. f. gyn. 1911 Bd. 95. — 24) Schröder. Klin. W. 1922. 25. — 25) A. Seitz. a) Arch. f. gyn. 1923 Bd. 116. b) Z. f. geb. u. gyn. 1921 Bd. 33. c) Zentr. f. gyn. 1922 Nr. 2. — 26) Sołowij. Mon. f. geb. 1907 Bd. 35. — 27) Thaler. M. med. W. 1922 Nr. 44. — 28) Theilhaber. a) M. med. W 1909. b) Arch. f. gyn. Bd. 94. c) Mon. f. geb. u. gyn. Bd. XXXI. — 29) R. Schröder. Die Pathol. d. Menstruat. (Halban u. Seitz — Lieferung 9 Bd. III. — 30) Zondek. a) Zeit f. geb. u. gyn. Bd. 82. S. 559. b) M. f. geb. u. gyn. 1921 Bd. 55. — 31) Stickel u. Zondek. Z. f. geb. u. gyn. 1923 Bd. 85. S. 83. — 32) Oppenheimer. Frankfurt Z. f. Pathol. Bd. 26. H. 2. — 33) Keih. America med. Bd. 16. Nr. 8. 1921. — 34) Fouveau de Courmelles. American journelle of electrother. Bd. 39. Nr. 8. 1921. — 35) Rouville et Sappey. État actuel. de la question gynek. 20. Nr. 8. 1921. 36) Zubrzycki. Pol. Czas. Lek. Nr. 11. 1921. — 37) Wiczyński. Pol. Gaz. lek. Nr. 44. i 45. 1923. — 38) Hornung. Z. f. gyn. 1923 Nr. 32. — 39) Welmershäuser u. Eufinger. M. med. W. Nr. 29. 1922. — 40) Bock. Z. 1923. Nr. 38. — 41) Lorenz. Z. 1924 Nr. 49. — 42) Pankow. M. f. geb. u. gyn. Bd. 67. H. 1 i 2. — 43) Leon. Zentr. 1925 Nr. 20. — 44) Dressel u. Jacobowitz. Kl. W. 15. 1922. — 45) Hornung u. Mikulicz-Radecki. Z. f. gyn. 1925 Nr. 9. — 46) Fuss. Z. f. gyn. 1925 Nr. 8. — 47) Zubrzycki. Pol. Gaz. lek. Nr. 14. 1925. — 48) Geller. Z. f. gyn. 1925 Nr. 19.

Dr. A. KOBRYNER. Warszawa.

Spostrzeżenia fizjologiczne podczas zgłębnikowania dwunastnicy*)

Z oddziału chorób wewnętrznych »Szpitala na Czystem« w Warszawie.
Ordynator: Doc. Dr. Stanisław Klejn.

Zgłębnikowanie dwunastnicy ma na celu wykrycie zmian patologicznych w zawartości dwunastnicy, a tem samem w układzie narządów, przyczyniających się do wytworzenia treści dwunastniczej.

Jest rzeczą niezmiernie ważną mieć pewność, że treść badana pochodzi właśnie z dwunastnicy, a także, do którego z narządów należy odnieść otrzymaną treść oraz zmiany patologiczne stwierdzone w tej treści.

Dotychczasowe metody, na podstawie których oznaczano chwilowe położenie dolnego końca zgłębnika, oparte są na różnicach własności fizyczno-chemicznych (odczyn, barwa, jakość zaczynów) prawidłowej zawartości żołądka i dwunastnicy.

Ponieważ zgłębnikowaniu dwunastnicy przeważnie poddajemy chorych, u których spodziewamy się i poszukujemy odchyleń od stosunków prawidłowych, przeto jest rzeczą nielogiczną posługiwać się w tym wypadku metodą opartą na prawidłowych właściwościach treści żołądkowej i dwunastniczej. To też bardzo często przy pewnej kombinacji odchyleń od normy, gdzie wszystkie wyżej wymienione cechy różniczkowe fizyczno-chemiczne są zupełnie zmienione, metodyka ta nie jest w stanie dać pojęcia, gdzie każdorazowo znajduje się dolny koniec zgłębnika. Jako przykład można przytoczyć raka trzustki z zamknięciem przewodu Wirsunga i wspólnego żółciowego i z jednocześnie istniejącą *achylia gastrica*.

Co się zaś tyczy próby z wprowadzaniem mleka do żołądka w celu odróżnienia, gdzie się znajduje zgłębnik, to i ona jest niepewną, gdyż przy podawaniu płynów część ich może nie zatrzymując się w żołądku, odrazu przejść do dwunastnicy. Taki przypadek obserwowałem, gdzie przy zupełnie bezbarwnej zawartości dwunastnicowej, w której wykryłem później trypsynę, natychmiast po wypiciu zabarwionego płynu otrzymałem go przez zgłębnik; pomijam już niepożądane zanieczyszczenie mlekiem badanej treści.

Jedyną miarodajną metodą określenia umiejscowienia zgłębnika są promienie Roentgena, lecz nie zawsze są one dostępne i nie dadzą się w każdej chwili zastosować u łóżka chorego.

Należało więc znaleźć metodę, która byłaby niezależną od niestałych cech przedmiotu badania i którą zawsze można byłoby się posługiwać. Taką metodę oparłem na anatomo-fizjologicznych właściwościach drogi, przez którą zgłębnik wędruje do dwunastnicy.

Obserwując wydzielanie się treści przez zgłębnik, spostrzegłem, że odbywa się ono z przerwami. Wziąłem chorego przed ekran roentg. i próbowałem w okresie przerywania wypływu ze zgłębnika wciągnąć treść strzykawką. To mi się jednak nie udało: W zgłębniku powstało ujemne ciśnienie i puszczony tłok strzykawki opadł z powrotem. Było rzeczą jasną, że albo dolny otwór zgłębnika jest zamknięty albo światło jego zaciśnięte. Przyczyna tego mogła być dwojaka: albo śluzówka przylegała do otworów oliwki i wtłaczała się w nie przy pociąganiu tłoka, albo też samo światło zgłębnika było zaciśnięte. W pierwszym razie przy wtłaczaniu powietrza możnaby utorować drogę bez przemocy przez odsunięcie śluzówki. W drugim przypadku możnaby wtłoczyć powietrze tylko z wielką przemocą. I rzeczywiście, gdy w okresie przerwy wycieku próbowałem wtłoczyć do zgłębnika powietrze, udało mi się to dopiero pod znacznem ciśnieniem. Jednocześnie widziałem na ekranie jak plamy powietrza przechodzą w dół do pętli jelit cienkich. Było więc rzeczą jasną, że ta przerwa w wycieku ze zgłębnika zależy od zaciśnięcia go przez jakiś mięsień-zwieracz. Ponieważ powietrze przechodziło do jelit cienkich, więc pierwszą moją myślą było, że to odźwiernik zaciska światło zgłębnika. Potem jednak przyszło mi na myśl, że taki sam ucisk na zgłębnik mogłyby wywierać inne zwieracze, leżące powyżej odźwiernika (zwieracze gardzieli, mięśniówka przełyku i wpust).

Rozumowałem więc w ten sposób, że gdyby mi się udało przez skonstruowanie odpowiedniego zgłębnika wykluczyć wszystkie zwieracze od gardzieli aż do wpustu włącznie, to pozostanie jedynie wpływ zwieracza odźwiernika, którego skurcze odzwierciadlają się przerwami wycieku.

A więc, jeżeli zapomocą takiego zgłębnika otrzymam przerwy w wycieku treści, mogę twierdzić napewno, że dolny jego koniec przeszedł przez odźwiernik do dwunastnicy, o ile równocześnie stwierdzę opór przy wtłaczaniu powietrza.

Zgłębnik skonstruowałem w sposób następujący: rurkę gumową od końca zębowego na przestrzeni 45—50 cm niejako opancerzyłem, wtłaczając do jej światła na całej tej przestrzeni rureczki szklane długości $^1/_4$—$^1/_2$ cm każda. W ten sposób zachowałem giętkość zgłębnika, nadając mu jednocześnie odporność na wywierane od zewnątrz ciśnienie.

Posługując się takim zgłębnikiem, zbadałem kilkadziesiąt przypadków przyczem, z chwilą wystąpienia pierwszej przerwy wycieku z jednoczesnym oporem na wtłaczanie powietrza, przyjmowałem za pewnik, że oliwka zgłębnika przeszła do dwunastnicy. I rzeczywiście, porcja treści zebrana przy ponowieniu się wypływu, zawsze zawierała trypsynę bez względu na inne jej własności fizyczno-chemiczne. Prócz tego w 6 przypadkach skontrolowałem położenie zgłębnika zapomocą promieni Roentgena. Otóż we wszystkich przypadkach z chwilą wystąpienia pierwszej przerwy wycieku z oporem na wtłaczanie powietrza, znajdowałem oliwkę zgłębnika niewątpliwie w dwunastnicy po prawej stronie kręgosłupa. (Dr. Mesz i jego współpracownicy).

Mając tę niewątpliwą i niezależną od badania przedmiotu metodę, mogłem od pierwszej chwili wejścia zgłębnika do dwunastnicy obserwować, co się tam dzieje, a jednocześnie mogłem spostrzegać ruchy odźwiernika. Tu muszę zaznaczyć, że przypuszczałem, iż na przerywanie wycieku mogłaby mieć wpływ część odźwiernikowa żołądka, w której niekiedy panuje ciśnienie sięgające 140—150 mm Hg. Lecz stwierdziłem doświadczalnie, że nawet ciśnienie 300 mm Hg. wywarte na miękką część zgłębnika, było bez żadnego wpływu na wyciek.

Co się tyczy spostrzeżeń poczynionych przy zgłębnikowaniu dwunastnicy zapomocą tego zgłębnika, to są one następujące:

Spostrzeżenie I. Wyrzucanie żółci do dwunastnicy odbywa się okresowo tak, iż w pewnych chwilach treść dwunastnicy jest bezbarwna, potem stopniowo zabarwia się coraz intensywniej, aż osiągnie barwę typowej złocistej żółci, aby następnie znów stopniowo blednąć, aż do zupełnego odbarwienia. Te zmiany nasycenia zabarwienia oczywiście zależą od stopnia rozcieńczenia żółci sokami dwunastnicy. Okres

*) Wygłoszono na XII Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich.

bezbarwnej treści może trwać do kilku godzin. W jednych przypadkach okresy bezbarwne są długie, okresy żółciowe — krótkie; w innych — naodwrót. Są też przypadki, w których okresy bezbarwne i żółciowe trwają krótko i dosyć często kolejno się zmieniają. Wreszcie należy zaznaczyć, że w pewnych okresach dwunastnica może treści zupełnie nie zawierać.

Spostrzeżenie II. Odczyn treści dwunastniczej może w ciągu kilku godzin być kwaśnym niezależnie od obecności lub braku żółci w treści dwunastnicy. Najwidoczniej, zależy ten odczyn od stosunku pomiędzy stopniem kwasowości wyrzucanej z żołądka treści, a stopniem zasadowości wszystkich soków w dwunastnicy. Można by mi zarzucić, że otrzymywałem naprzemian treść żółciową i bezbarwną dlatego, że oliwka przesuwała się raz poniżej, drugi raz powyżej brodawki Vatera. Tem samem możnaby pozornie tłumaczyć zmienność odczynów otrzymanej treści. Ale uwzględnić musimy, że miewałem przypadki, w których obserwowałem wpierw okres treści żółciowej kwaśnej, a potem — treść bezbarwną bez wolnego HCl; albo też naodwrót: wpierw okres treści bez wolnego HCl, bezbarwnej, a później kwaśnej — żółciowej, lub też przy niezmiennem zabarwieniu treści zmieniał się jej odczyn. Gdyby zmiana zabarwienia zależała od położenia oliwki poniżej lub powyżej brodawki Vatera, powinien byłbym otrzymać przy treści bezbarwnej przeważnie odczyn kwaśny, ponieważ powyżej brodawki Vatera niema żółci, która najbardziej przyczynia się do zasadowego odczynu dwunastnicy, a przy treści żółciowej — przeważnie zasadowy, czego nie stwierdzałem. Po zatem nie mamy podstawy przyjmować, że oliwka stale przesuwa się w jedną lub drugą stronę, gdyż istnienie ciągłych ruchów anty-perystaltycznych w dwunastnicy uniemożliwiałoby celowe przesuwanie pokarmu do jelit cienkich.

Spostrzeżenie III. Prawie we wszystkich przypadkach już od pierwszej chwili przedostania się zgłębnika do dwunastnicy zawartość jej miała swoisty charakterystyczny wygląd, który już makroskopowo pozwalał stwierdzić, że pochodzi właśnie z dwunastnicy. A mianowicie, niezależnie od zabarwienia płynu można było stwierdzić, że przy spływaniu wzdłuż ścianki naczynia, przedstawia się treść dwunastnicza jako ciecz mniej lub więcej gęsta, w której zawieszone są drobne przejrzyste kuleczki śluzu, wielkości od główki szpilki do ziarnka soczewicy. Tylko w tych przypadkach, kiedy przy wprowadzaniu zgłębnika wypijał chory dużo wody, ten charakter treści dwunastniczej uwydatniał się dopiero w dalszych porcjach.

Spostrzeżenie IV.: Obserwując sposobem wyżej wspomnianym skurcze odźwiernika, mogłem stwierdzić, że odźwiernik stale wykonywa ruchy. Ruchy te są dwojakie: 1° skurcze krótkotrwałe (od kilku sekund do minuty), często powtarzające się (co kilka minut) i 2° skurcze długotrwałe (5 – 30 minut) rzadziej występujące. Skurcze te odbywają się zarówno wtedy, kiedy dwunastnica zawiera soki, jak i wówczas. kiedy dwunastnica jest pustą.

Spostrzeżenie V.: Co do zależności pomiędzy ruchami odźwiernika a oddziaływaniem treści dwunastniczej, obserwacje moje nie zgadzają się z dotychczasowem twierdzeniem fizjologji. Otóż fizjologja uczy nas, że odźwiernik automatycznie otwiera się wtedy dopiero, kiedy kwasota w żołądku sięga pewnego stopnia, a z drugiej strony — kiedy zawartość dwunastnicy ma odczyn zasadowy; zamyka się zaś, gdy kwasota zawartości dwunastnicy sięga pewnego stopnia.

Otóż w przypadku *achylia gastrica completa* z zasadowem oddziaływaniem treści żołądkowej na lakmus, w myśl zasad fizjologji, odźwiernik nie powinien by zupełnie się otwierać z braku jakiejkolwiek kwasoty w żołądku; z drugiej strony nie może przecież być mowy o jakimkolwiek stopniu kwasowości w dwunastnicy, więc odźwiernik powinienby stale być otwarty, co w zestawieniu z poprzedniem jest niedorzecznością. Nie mniej jednak obserwowałem w tym przypadku okresowe skurcze odźwiernika, trwające po kilka sekund i często powtarzające się, jak również i takie, które trwały 4 – 8 minut. W innym przypadku z nadmierną kwasotą i *gastrosuccorhea* (na czczo 78 wolnego HCl, po śniadaniu próbnem 110 wolnego HCl) w myśl zasad fizjologji należało się spodziewać długotrwałych skurczów odźwiernika. Tymczasem przeciwnie, z bardzo krótkiemi i rzadkiemi przerwami, dosłownie lała się strumieniem ze zgłębnika kwaśna zawartość dwunastnicy. Tylko po jedynym dłuższym kilkuminutowym skurczu udało mi się przemocą wydobyć strzykawką małą ilość alkalicznej zawartości, widocznie w tej krótkiej chwili rozwarcia odźwiernika, kiedy treść z żołądka nie zdążyła jeszcze dotrzeć do oliwki. Prócz tego sam fakt wydzielania się kwaśnej treści dwunastniczej w ciągu kilku minut bez przerwy, świadczy dostatecznie o tem, że pomimo kwaśnego odczynu w dwunastnicy odźwiernik jest otwarty. Muszę tu zaznaczyć, że w wielu przypadkach kwasota otrzymywanej prze zemnie zawartości dwunastniczej wynosiła nie mniej niż 0,1% HCl, gdyż zniebieszczenie papierka Kongo od soku dwunastniczego występowało odrazu i było zawsze intensywne.

Z powyższych spostrzeżeń muszę dojść do wniosku, że ruchy odźwiernika zasadniczo nie zależą ani od stopnia kwasowości treści żołądkowej, ani od oddziaływania alkalicznego treści dwunastnicowej. Zarządzają temi ruchami, najprawdopodobniej, autonomiczne sploty Auerbacha i Meissnera, na które mogą oddziaływać impulsy z wyższych ośrodków wegetatywnych układu mózgo-rdzeniowego. Nie przeczy temu występowanie zespołów: *pylorospasmus plus hyperaciditas*, lub *asthenia pylori plus hypaciditas*, gdyż można je tłumaczyć jako dwa współrzędne, być może przez tę samą przyczynę wywołane, lecz bezpośrednio niezależne od siebie zjawiska.

Tutaj muszę zaznaczyć, że zdawałem sobie sprawę, iż obserwacje ruchów odźwiernika były dokonane w warunkach, niezupełnie odpowiadających fizjologicznym, gdyż obecność zgłębnika w odźwierniku może wywierać na niego wpływ drażniący. Wydaje mi się jednak nieprawdopodobnem, aby takie stałe i jednakowe podrażnienie mogło wywołać tak charakterystyczne i rytmiczne ruchy odźwiernika dwojakiego typu. Raczej należałoby oczekiwać długotrwałych tężcowych skurczów odźwiernika z krótkiemi przerwami wskutek wyczerpania mięśnia zwieracza.

Na zasadzie przytoczonych spostrzeżeń przychodzę do następujących wniosków, mających zarówno znaczenie praktyczne jakoteż, rokujących pewne możliwości pogłębienia i rozszerzenia naszych wiadomości o fizjologji i patologji dróg żółciowych dwunastnicy i odźwiernika:

Wniosek I. W każdym przypadku zgłębnikowania dwunastnicy należy otrzymać i oddzielnie zbadać porcję treści bezbarwnej i zabarwionej. To daje nam możność odróżnienia zmian patologicznych w drogach żółciowych od takichże zmian w dwunastnicy.

Na przykład obecność ropy lub białka może być uwarunkowana zmianami zapalnemi zarówno dróg żółciowych jak i samej dwunastnicy. O ile nie będziemy badali treści dwunastnicowej metodą cząstkową, z łatwością możemy procesy patologiczne, toczące się w dwunastnicy, mylnie przenieść na drogi żółciowe. Jeżeli zwrócimy uwagę, że w drogach żółciowych, np. w pęcherzyku mogą być niekiedy niezabarwione leukocyty (co stwierdziliśmy w żółci, wziętej z pęcherzyka żółciowego na sekcji anatomo-patologicznej), to zrozumiemy, że takie cząstkowe badanie jest jedyną pewną drogą umiejscowienia procesu patologicznego. Inny przykład: stwierdziliśmy w bezbarwnej porcji soku dwunastnicowego obecność ropy z domieszką zabarwionych leukocytów, również w treści żółciowej stwierdziliśmy obecność niezabarwionych leukocytów i ropy zabarwionej w ilości mniejszej (ewent. równej). W tym wypadku nie mamy jeszcze zasad umiejscawiać zmian patologicznych w drogach żółciowych, opierając się na obecności zabarwionych leukocytów w żółci; a to dlatego że leukocyty niezabarwione, jak to stwierdziłem doświadczalnie, po 30-minutowem zetknięciu z żółcią w termostacie mogą przybrać jej zabarwienie. W powyższym przypadku zabarwione leukocyty mogłyby pochodzić z miejsc zapalnych w dwunastnicy, których perystaltyka jest bardzo słaba albo nawet żadna; w okresie żółciowym do miejsc tych mogła się dostać żółć

i zabarwić niektóre mniej odporne leukocyty, a te mogły odpłynąć do dalszych odcinków dwunastnicy w jednym z następnych okresów bezbarwnych lub zabarwionych.

Co się tyczy stwierdzenia białka w treści dwunastnicowej, to tylko w tym wypadku możemy powiedzieć, że pochodzi ono z żółci, gdy w bezbarwnej porcji białka nie stwierdzimy.

Wniosek II. Jeżeli t. zw. druga porcja żółci, wywołana przez wstrzyknięcie peptonu lub $MgSO_4$, ma pochodzić z pęcherzyka, to należy starać się wywołać ją w okresie bezbarwnej porcji; w ten sposób da się odróżnić zmiany w niej od zmian w tak zwanej żółci wątrobowej.

Wniosek III. Uwzględniając tę okoliczność, że okres bezbarwny może trwać do kilku godzin (obserwowałem 3 godziny), należy z wielką oględnością orzekać o niedrożności wspólnego przewodu żółciowego.

Wniosek IV. Okresowość wyrzucania żółci zależy od czynności zwieracza Oddi'ego. Można więc przypuszczać, że w stanach zapalnych dróg żółciowych, a przynajmniej większych, schorzenie odzwierciadla się na czynności ruchowej tego zwieracza w sensie zmian rytmu. Wobec tego badanie rytmu wydzielania żółci w warunkach normalnych i patologicznych może dać wskazówki co do spraw, toczących się w drogach żółciowych.

Wniosek V. Podobnież rytm ruchów odźwiernika, uwydatniający się na wycieku treści ze zgłębnika, może być studjowany w warunkach normalnych i patologicznych. Porównanie uzyskanych danych być może pozwoli nam wysnuwać pewne wnioski o schorzeniu tego zwieracza.

Piśmiennictwo.

1) Bołdyriew: Okresowa działalność przewodu pokarmowego. Dyss. 1910. (ros.). — 2) Babkin: Wydzielina zewnętrzna przewodu pokarmowego. 1915 (ros.). — 3) Cybulski: Fizjologja człowieka. 1916. — 4) Danilewski: Fizjologja człowieka. 1915. (ros.). — 5) Deloch E.: Archiv. f. Verdauungskrankheiten. 1922. B. XXX. H. 1. — 6) Einhorn Max: Die Duodenalsonde und ihre Anwendnngsmöglichkeit. Leipzig. 1924. 7) Tenże: Archiv. f. Verdauungskrankheiten. 1922. B. XXIX. H. 5|6. - 8) Tenże: Archiv f. Verdauungskrankheiten. 1923. B. XXXI. H. 1|2. — 9) S. Frank i M. Szour: Warszawskie Czasopismo Lekarskie. 1924. Nr. 7. — 10) H. M. Gross: Archiv f. Verdauungskrankheiten. 1914. B. XX. H. 3. — 11) K. W. Grasmann: Archiv f. Verdauungskrankheiten. 1917. B. XXII. H. 6. — 12) M. Chiray et. J. Lebon: Le tubage duodenal. 1924. Masson. — 13) Jarnos und Vandorfy: Archiv f. Verdauungskranheiten. 1921 B. XXVIII H. 5|6. — 14) Jones: Archives of internal medicine 1924. T. 34. Nr. 1. — 15) London G.: Wykłady o fizjologji i patologji przewodu pokarmowego. 1917. (ros.) — 16) Landois-Roseman: Lehrbuch der Physiologie des Menschen. 1921. — 17) Lepehne G.: Die Leberfunktionsprüfung. Halle 1923. — 18) A. Landau i A. Rząśnicki: Gazeta Lekarska Nr. 21. 1919. — 19) Ocado S.: Archiv f. Verdauungskrankheiten. 1923 B. XXXI. H. 5|6. — 20) Pribram: Klinische Wochenschrift. Nr. 34. 1923. — 21) Stepp u. Düttman: Klinische Wochenschrift. Nr. 34. 1923. — 22) Seidl: Archiv f. Verdauungskrankheiten. 1920. B. XXVI. H. 1-2. — 23) Kleemann Margarete: Medicinische Klinik. Nr. 40. 1923.

Dr. Józef BRATTER. Lwów.

W sprawie profilaktyki odry i płonicy.

Pawilony zakaźne.
Prymarjusz: Dr. W. Arnold.

(Doniesienie tymczasowe).

Niejeden środek leczniczy czy zapobiegawczy, mający pierwotnie pretensje do swoistości, został przez doświadczenie pozbawiony godności »specyfiku«. Zdeklasowanie zaczyna się zwyczajnie pojawieniem się innego środka, mającego również działać swoiście przeciw tej samej sprawie chorobowej, a z czasem ilość ich wzrasta — w równej mierze ze sceptycyzmem co do ich swoistości.

Najstarszym i do niedawna jedynym środkiem niby-swoistym, działającym zapobiegawczo przeciw płonicy, była szczepionka Gabryczewskiego o wartości gwarantowanej przez literaturę głównie rosyjską. Na mniejszej ilości przypadków pozytywnych opiera swe roszczenia drugie z kolei (chronologicznie) »specyfikum«, t. j. S. R, S. (Scharlach-rekonvalescentenserum) Degkwitza. W ostatnich wreszcie dniach ukazał się w Ameryce trzeci niezawodny środek swoiście zapobiegawczy, mianowicie przeciwpłonicza szczepionka Dickowska.

Prawdopodobnie znaczenie dodatnie mają wszystkie trzy wymienione preparaty, takie same — jak środek czwarty mianowicie: mleko czy jakiekolwiek białko zastosowane pozajelitowo.

Zdarzyło się nam, że na oddział płoniczy dostał się przypadek odry, po godzinie omyłkę spostrzeżono i usunięto. W dwa mniej więcej tygodnie ozdrowieńcy płoniczy (w liczbie pięciu), którzy nie przebyli byli odry, dostali ją. Warto przytem zaznaczyć, że rozwój osutki odrowej — czy to z powodu zmienionych przez niedawną osutkę szkarlatynową właściwości biologicznych skóry, czy też z innych przyczyn — był zupełnie atypowy, a we wszystkich pięciu przypadkach jednakowy.

I zdarzyło się znów, że dziecko na innym oddziale szkarlatynowym w niewytłumaczony sposób w trzy tygodnie po opisanym wyżej epizodzie dostało też odrę; wobec niebezpieczeństwa nowego zakażenia, w jakiej się sześcioro dzieci na tej sali znalazło, powinno się było zastosować jakieś środki zapobiegawcze. Nie rozporządzając jednak surowicą Degkwitza, nie mając też sposobności uzyskania potrzebnej ilości krwi od przynależnych rodziców, a co najważniejsze nie wierząc w absolutną swoistość podanego przez Degkwitza środka zapobiegawczego — zrobiliśmy skromne doświadczenie na sześciu przypadkach: wstrzyknęliśmy zagrożonym małym chorym (we wieku od 19 miesięcy do 10 lat) dwa razy w odstępach pięciodniowych po 1—2 ccm mleka.

Skutek był zadowalający; żadne z dzieci zagrożonych odry nie dostało, mimo, że źródła zakażenia z oddziału nie usunięto.

Materjał doświadczalny jest skromny; popiera jednak dość prawdopodobnie przypuszczenie, że M. R. S. (Masern-Rekonvalescenten-Serum) Degkwitza działa tylko jako białko pozajelitowo stosowane, mobilizując wszelkie odczyny obronne ustroju w postaci gorączki (ciepłota prawidłowa, najbardziej sprzyja rozwojowi drobnoustrojów), leukocytozy, przyśpieszenia przemiany materji. i t. d.

Fakt powyższy nasunął nam myśl wypróbowania wartości zastrzyku białka (mleka) też w przypadkach zagrożonych płonicą. I jakby na życzenie zdarzyła się sposobność.

W Szpitaliku św. Zofji (odz. chirurg.) wystąpiły na dwu salach po jednym przypadku szkarlatyny. Dzięki uprzejmości prymarjusza Rodzińskiego miałem sposobność wstrzyknąć w 14 przypadkach mleko po $1^1/_2$—2 ccm, pomijając umyślnie dzieci, którym wśród leczenia chirurgicznego wstrzykiwano propidon. Minął okres wylęgania płonicy, a żadne z dzieci, które w krytycznym czasie zastrzyk (mleka czy też propidonu) dostało, nie uległo zakażeniu.

Znów materjał jest za skąpy, by z niego obowiązujące wnioski wyciągać. Jeśliby jednak dalsze doświadczenia w tym kierunku wykazywały nadal dodatnie wyniki, to fakty powyższe, stwierdzając równocześnie wartość zapobiegawczą szczepionek i surowicy przeciwpłoniczej (jako preparatów białkowych, stosowanych pozajelitowo) oświetliłyby ich mechanizm działania jako proces nieswoisty, polegający li tylko na wzmożeniu odporności ogólnej organizmu.

Starałem się w mym artykule p. t. »Uwagi o nowoczesnem leczeniu ostrych chorób zakaźnych« (Polska Gazeta lek. Nr. 21) podkreślić, że białko pozajelitowo podane niema uzasadnienia w leczeniu chorób zakaźnych. Ale jak widzimy, nie jest ono środkiem wobec infekcji straconym; ma bowiem prawdopodobnie wartość zapobiegawczą przeciw zakażeniu.

Strona praktyczna powyższego faktu, rozszerzającego równocześnie wskazania do pozajelitowego stosowania białka, jest sama przez się zrozumiała Oszczędza koszta drogich często preparatów i poszukiwania za niemi; ułatwia zabiegi zapobiegawcze nietylko zakładom zagrożonym czasowo jakąś ostrą chorobą zakaźną, ale też lekarzom w praktyce prywatnej.

Z praktyki.

K. GAWROŃSKI i Doc. J. SZYMANOWICZ, Kraków.
asystenci kliniki.

Kleszcze Kiellanda przy nieprawidłowem ułożeniu główki (uszkowe przednie i twarzowe).

Z kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr. A. Rosner.

Jakkolwiek rozwiązywanie rodzącej kleszczami przekroczyło już okres trzech stuleci, a ostatni wiek wprowadził do tego ważnego arsenału narzędzi położniczych daleko idące poprawki i udoskonalenia, że wspomnę tylko o kleszczach osiowych Tarnier'a, to jednak i najnowszym modelom (a jest ich wszystkich około 200) zawsze można coś zarzucić i najbardziej celowo skrytykować.

Nic więc dziwnego, że operatorowie wysilają się ciągle, aby brakom tym zaradzić przez wprowadzanie nieznacznych poprawek na starych modelach, czy też przez budowanie kleszczy zupełnie nowego typu.

Najdalej posuniętą i najgłębiej przemyślaną zmianę wprowadził przed ośmiu laty Kielland, podając swój typ kleszczy. Jakkolwiek pomysł Kiellanda nie był zupełnie nowym, bo pierwsze kleszcze Chamberlaina i Palfyna, a jeszcze bardziej Łazarewicza-Fiedorowa podane w roku 1877—1888 polegały na tej samej idei, to jednak model Kiellanda, wypróbowany przez samego autora na trzystukilkudziesięciu przypadkach zdobył sobie dostęp do wszystkich klinik niemieckich i naszych, a ostatnio i francuskich. Wprawdzie nie wszędzie przyjęto go z równym zapałem, a niektórzy operatorowie niemieccy odmówili mu poparcia, to niemniej jednak u przeważnej ilości położników utrzymał się i wywołał rozległe dyskusje za i przeciw sobie.

I w piśmiennictwie polskiem wystąpienie Kiellanda odbiło się głośnem echem. Żywa dyskusja na zjeździe ginekologiczno-położniczym w Warszawie, oparta wprawdzie na małem doświadczeniu przyznała kleszczom Kiellanda zalety, któremi w pewnych przypadkach nie mogą się poszczycić kleszcze innego typu. Niebezpieczeństwo pewne, związane z użyciem każdego instrumentu, niewypróbowanego należycie na fantomie i w klinikach na materjale żywym, wymagało pewnego zastrzeżenia co do oddania tych kleszczy do rąk lekarza praktyka, nie specjalisty.

Po próbach w klinice przychodzimy do przekonania, że technikę zakładania kleszczy Kiellanda może sobie każdy praktyk przyswoić nie trudniej, niż operowanie kleszczami Naegelego lub Breussa. Pewna delikatność i ostrożność przy zakładaniu zwłaszcza łyżki przedniej sposobem I. Kiellanda jest z powodu zupełnie odmiennej techniki szczególnie wskazane.

Kierując się artykułami i wskazówkami Kiellanda wprowadziliśmy w klinice krak. jego kleszcze używając ich w przeważnej ilości przyp. w myśl jego prawideł i zasad. Początkowo tylko oryginalny sposób zakładania łyżki przedniej pod spojenie łonowe ze zwrotem o 180° wywołał u nas pewną nieufność tak, że przez jakiś czas zakładaliśmy ją od boku, przesuwając następnie pod spojenie łonowe. Mieliśmy tesame skrupuły, których każdy z operatorów doznawał biorąc ten instrument do ręki. Przeczuł je i sam autor, bo o nich kilkakrotnie wspomina tak w swojej pracy, jak i w dyskusji nad podanym przez siebie modelem. Możliwość wystąpienia obrażeń części miękkich, a zwłaszcza możliwość rozdarcia dolnego odcinka macicy podczas obracania łyżki przedniej wydawała się bardzo prawdopodobną. Dalsze jednak próby pokazały. że nawet przy nadmiernem rozciągnięciu odcinka dolnego nie dochodzi do uszkodzenia, a tem mniej do rozdarcia macicy. W ostatnich czasach stosowaliśmy ten sposób zakładania kilkakrotnie i nigdy nie spotkaliśmy się z jakiemkolwiek uszkodzeniem dolnego odcinka.

Nie chcemy na tem miejscu wdawać się ani w opis kleszczy ani przedstawiać wyników ich zastosowania na główkę normalnie czy nienormalnie ustaloną, bo o tem i w obcem i w naszem piśmiennictwie dosyć pisano (Zubrzycki, Duczymińska i i.) i jak wspomnieliśmy, jedni autorowie byli tą innowacją zachwyceni, drudzy ganili ją. Wspomnieć tylko chcemy, że kleszczami Kiellanda udało nam się niejednokrotnie z wielką łatwością wytoczyć główkę w tych przypadkach, gdzie kleszcze klasyczne zawiodły. Spotkaliśmy się wprawdzie z przypadkami, w których i kleszczami Kiellanda nie zdołaliśmy główki wytoczyć, bo nie można ich było wogóle założyć. Niepowodzenie to odnosiło się jedynie do miednic płaskich, gdzie wzgórek kości krzyżowej silnie wysterczający nie pozwalał na założenie łyżki tylnej.

Opierając się na doświadczeniu klinicznem chcemy w kilku słowach podnieść wybitną wyższość kleszczy Kiellanda w niektórych przypadkach główki wysoko stojącej a ich wprost bezkonkurencyjne zalety przy ułożeniu twarzowem przed dokonaniem zwrotu, a więc z twarzą stojącą w wymiarze poprzecznym i przy ułożeniu uszkowem. Te dwie nieprawidłowości wykluczają prawie zupełnie możność skutecznego zastosowania kleszczy klasycznych, a przeto w razie wskazania do ukończenia porodu, zmuszają operatora najczęściej do wymóżdżenia. Dzisiaj nowy model kleszczy Kiellanda pozwala nam i w tej ciężkiej sytuacji ratować matkę bez zabijania dziecka.

Jest to bezwątpienia wielką narzędzia tego zaletą. Niestety, są i ciemne plamy w tym jasnym obrazie. Stanowią je okaleczenia płodu, które powstać mogą pod wpływem kleszczy Kiellanda nawet *lege artis* zastosowanych. Jedno z takich okaleczeń, które poniżej przedstawiamy, odnosimy do ruchomości łyżek, która dla przeważnej ilości przypadków jest tego instrumentu zaletą. Dzięki tej przesuwalności łyżek względem siebie udało się wprawdzie w jednym z naszych przypadków znieść asynklityzm przedni, jednak wśród tego przyszło do złamania szczęki dolnej płodu.

Podajemy w streszczeniu dwie historje choroby, rozwiązanych kleszczami Kiellanda.

A) Rodząca M. H. lat 41. VIII para. Cztery porody pierwsze siłami przyrody, trzy następne ukończone przez wymóżdżenie, ostatni przed 12 laty. Badanie po przyjęciu do kliniki stwierdza: rodząca średniego wzrostu, serce i płuca bez zmian, ciśnienie 85—230 (Reckling). W moczu białko (Essbach 0.2‰) w osadzie nieliczne ciałka białe i nabłonki dolnych dróg mowych. Miednica płaska, krzywicza 28, 29, 31½, 18¾. Badanie wewnętrzne stwierdza: ujście zewnętrzne zupełnie rozwarte, główka w silnym asynklityźmie przednim, wparta we wchód miednicy, szew strzałkowy zwrócony całkiem ku tyłowi, ku *promontorium*, ciemię duże wyczuwalne po stronie lewej, leży niżej niż ciemię małe (*deflexio*), pod spojeniem łonowem wyczuwalne uszko. Pierścień skurczowy trzy palce niżej pępka. Postanowiono rodzącą rozwiązać kleszczami Kiellanda. Łyżkę przednią wprowadzono sposobem II. (wprowadzając do boku i przesuwając ją następnie pod spojenie). Łyżkę tylną wprowadzono wprost po kości krzyżowej pod osłoną ręki. Wprowadzenie łyżki tylnej napotykało na znaczne trudności z powodu faktu, że wzgórek kości krzyżowej silnie sterczał ku przodowi. Po pociąganiach próbnych starano się wyrównać asynklityzm przez pociąganie łyżki tylnej po rękojeści łyżki przedniej, trzymanej nieruchomo. Stwierdziwszy, że szew strzałkowy oddalił się należycie od wzgórka kości krzyżowej, zaczęto pociągać główkę obydwiema łyżkami kleszczy, a we właściwej chwili dokonano niemi zwrotu ciemieniem małem pod spojenie łonowe, poczem zdjęto kleszcze Kiellanda a założono kleszcze Naegelego, któremi z łatwością wytoczono główkę. Zaraz po urodzeniu zauważono, że w jamie ustnej dziecka gromadzi się krew. Dziecko wagi 4300 g. Badanie twarzy i jamy ustnej stwierdziło, że lewy kąt szczęki dolnej jest złamany, przyczem wyczuwa się trzeszczenia licznych odłamków, z których kilka przebiło błonę śluzową jamy ustnej. Krwotok zatamowano przez ucisk z zewnątrz i z wewnątrz.

Można śmiało twierdzić, że żadne inne kleszcze nie byłyby w danym przypadku zdolne do wyrównania tak daleco posuniętego asynklityzmu przedniego (uszkowe) i poród z konieczności musianoby ukończyć przez wymóżdżenie. (Cięcie cesarskie nie wchodziło tu w grę, z powodu wyraźnego sprzeciwu rodzącej). Nie umniejsza zalety kleszczy niewątpliwie ciężkie obrażenie dziecka, jakiem było złamanie kąta żuchwy, aczkolwiek okazało się, że nie było ono przeszkodą do ssania i w krótkim czasie zagoiło się zupełnie. Zastanawiając się nad przyczyną złamania szczęki trzeba dojść do wniosku, że spowodowane zostało ruchomością jednej łyżki wobec drugiej i to nie ruchomością w kierunku równoległym do osi podłużnej, która stanowi jedną z charakterystycznych cech kleszczy

Kiellanda, lecz ruchomością wobec osi pomyślanej prostopadle do poprzedniej i prostopadle do osi wygięcia główkowego łyżek. Silne uchwycenie rękojeści zbliżyło zbytnio koniec łyżek do siebie, przyczem łyżka górna wgniatając się swym szczytem w kąt szczęki, złamała go. Podobnemu przypadkowi możnaby na przyszłość zaradzić, wsuwając pomiędzy rękojeści (jak wiadomo szeroko rozstawione) gruby pokład np. kompresów. Podnieść należy z naciskiem, że złamaniu uległ lewy kąt żuchwy, że więc przesuwanie łyżki tylnej celem wyrównania asynklityzmu nie ponosi tu winy, gdyż, jak powiedziano właśnie łyżka przednia złamała szczękę.

B) Rodząca F. M. lat 29 pierwiastka. Badanie fizykalne nie stwierdza zmian w narządach wewnętrznych, ciepłota 38, tętno 110. Badanie ginekologiczne stwierdza położenie podłużne, główkowe, ułożenie twarzowe II. Miednica prawidłowa, obszerna, ujście zewnętrze zupełnie rozwarte, główka przyparta do wchodu, bródka po stronie lewej, linja poprowadzona od bródki do szwu strzałkowego w wymiarze poprzecznym. Pierścień skurczowy trzy palce poniżej pępka. Rozwiązanie *per vias naturales* podobnego przypadku musi nasuwać poważne obawy, uchwycenie główki w ułożeniu twarzowem czyto klaszczami Breussa czy Naegelego musi, o ile jest wogóle możliwe, doprowadzić do ciężkiego obrażenia a nawet śmierci dziecka. Jeden ze szczytów kleszczy Tarniera czy Naegelego musiałby wszakże ugniatać szyję, względnie klatkę piersiową dziecka i napewno spowodowałby bardzo głębokie i ciężkie zranienia jej. Rodzącą rozwiązaliśmy kleszczami Kiellanda i tu trzeba przyznać, że w podobnych przypadkach są one instrumentem bezkonkurencyjnem. Chwyciły główkę w wymiarze poprzecznym nie raniąc jej, z łatwością pozwoliły wciągnąć czaszkę w głąb miednicy i dokonać zwrotu bródki pod spojenie łonowe. Po dokonanym zwrocie zdjęto je, założono zwykłe kleszcze i urodzono dziecko żywe wagi 3700 gr.

W obu przypadkach zdejmowano kleszcze Kielland'a po dokonaniu niemi głównego ich zadania, a resztę zabiegu kończono kleszczami Naegelego. Robiono to celowo, wychodzimy bowiem z założenia, że kleszcze Kiellanda jako instrument długi a prosty przedstawiają podczas wytaczania główki duże ramię dźwigni, co może doprowadzić do ciężkich obrażeń części miękkich matki.

Dr. BRUCK. Katowice.

Kiła u osesków.

Z miejskiego szpitala dla dzieci.

Piśmiennictwo o kile u osesków i we wczesnym wieku dziecięcym traktowano wyczerpująco w pracach E. Müllera[1]). Jednakże jest to pole tak obszerne, rozmaite i różnorodne pod względem etjologji, kliniki, rokowania i tak indywidualne pod względem leczenia, iż ogłaszanie przypadków znamiennych i leczenia tychże jest pożądane.

Materjał mój zawiera 357 przypadków z praktyki prywatnej i klinicznej od r. 1909 i pochodzi ze środowiska obwodu przemysłowego Górnego Śląska, gdzie jest sposobność do ciekawych spostrzeżeń z powodu osobliwej mieszaniny ludności, zachodzącej aż od granicy nowej Rosji i z powodu gęstego zaludnienia i stosunków granicznych.

Przed sprawozdaniem z moich doświadczeń pod względem statystyki i leczenia, pozwalam sobie zwrócić uwagę na niektóre z najciekawszych przypadków

Małgorzata N. J., Nr. 61. r. 1919, 6 tygodni, matka w r. 1913 w 15 r. życia poraz pierwszy płciowo spółkowała, potem zdrowe dziecię. Ojciec podczas wojny rzekomo gdzieindziej zakażony. Krótko po zakażeniu kiłowem zawarł on związek małżeński z matką owego dziecka, oboje nie leczyli się. Osiem miesięcy później niedonoszone zmarłe dziecko, krótko potem zauważyli rodzice równocześnie u siebie wykwity na skórze. Wrzodów rzekomo nigdy nie mieli. Po 10 miesiącach urodziło się trzecie dziecko.

Wywiad: Dziecko donoszone, przy porodzie silne o ciężarze około 2700 gr. oczywiście bez żadnych dolegliwości cielesnych, skóra różowa. Po trzech tygodniach wykwit pęcherzy na stopach i na dłoniach, przy 4 tygodniach wykwit na twarzy. W przeciągu następnych 14 dni zauważono na nosie czarną plamę, krótko potem zapadnięcie nosa z powodu zaniku wrzodziejącego kości nosowej. Całkowity rozpad nastąpił w przeciągu 14 dni (powyższe zeznania poświadcza położna).

---

[1]) Erich Müller, Ges f. Kinderheilk. Leipzig 1922.

Stan przy przyjęciu 11. 8. 1919: dziecko 6-tygodniowe o wadze 2410 gr., o silnej budowie kośćca, kończyny dolne na ucisk na goleniе bolesne i po obu stronach nieco obrzękłe, o skórze różowej, o stopach i dłoniach średnio przekrwionych, nieco świecących, jednakże o kolorze niezmienionym i bez innych jakichś zmian chorobowych. Na skórze prawego uda znajduje się miejsce obszerne, nie zbyt głębokie, z naskórka obnażone, wielkości złotówki. Skóra właściwa wykazuje rozpad wrzodziejący, lekko słoninowato obłożony. W preparacie tuszowym znajdują się liczne krętki blade Podobne miejsce znajduje się cośkolwiek wyżej na udzie lewem, po tylnej stronie. Gruczoły w pachwinach obustronnie paciorkowato powiększone; podobnie w dołkach podkolanowych. Mniejszy obrzęk gruczołów karkowych i podszczękowych. Oczy bez szczególnych zmian. Twarz pozatem zupełnie zniekształcona. Części skórnych i chrząstkowych nosa zupełnie brak, przezto twarz o kształcie trupiej czaszki, wewnątrz widać resztki choan i tylną przestrzeń nosowo-gardłową zupełnie ogołoconą. Na wargach spotyka się głębokie promieniowate ragady. Narządy gardłowe, szczególnie twarde i miękkie podniebienie, bez szczególnych zmian chorobowych. Klatka piersiowa silna, płuca i serce b. z. Wątroba przekraczająca łuk żebrowy, o brzegu twardym. Pępek b. z. Śledziona wyraźnie w głębi macalna. Stolec: jak przy karmieniu piersią, dwa razy dziennie. Mocz bez białka i cukru, ciepłota 36.7°, tętno 120, oddech 28. Leczenie: kal. jod. 2.0/200, trzy razy dziennie po łyżce od kawy. Kuracja wcierkowa na przemian z neosalwarsanem 0.04,5 2 razy w tygodniu, powolnie dochodząc do 0,075 neosalw. Przyjmowanie pokarmu uskuteczniało się albo bezpośrednio przez przykładanie do piersi matki, częściowo zaś przez podawanie zupy z maślanki. Stolec i ogólny stan do 15. 9. dobry. Zgon 16. 9. 1924. Nie pozwolono na sekcję.

Obraz chorobowy zasługuje pod różnemi względami na uwagę. Można przyjąć, że jajko i nasienie już od samego początku były zakażone. Mamy tutaj do czynienia z obustronnie zakażonem małżeństwem, które nie leczone już przed urodzeniem powyższego dziecka okazywało klinicznie kiłę drugiego okresu. Dziecko rok wcześniej urodzone zostało z powodu tej ciężkiej infekcji martwe na świat wydane, co można sobie wytłumaczyć w/g Fabryego[2]) rozsianiem prątków bladych w łożysku: podczas gdy powyższe żywe dziecko zupełnie było donoszone. Więc mimo tak ogromnego rozsiania prątków w łożysku między 6 i 9 miesiącem nie przyszło do obumarcia płodu lub do poronienia. (Wagner[3]). Musimy raczej przyjąć, że dziecko od początku jajka aż do śmierci t. j. 11 tygodni po urodzeniu, razem więc w przeciągu 12-tu miesięcy przechodziło wszystkie trzy okresy kiły i że okres między drugim a trzecim okresem trwał tylko 3 tygodnie. Ów szybki rozpad kilakowy kości nosowych i owe wrzodziejące kilaki, które się niewątpliwie znajdowały na udach powstały więc w przeciągu kilku dni.

Przeciętnie przy kile u dorosłych potrzeba 4, 5 i nawet o wiele więcej lat, ażeby wykwity t. zw. trzeciego okresu się rozwinęły, można więc w naszym przypadku z pewnością przyjąć, że zarodek już przy karjokinezie zakażony (więc już z góry kiła drugorzędna) przy dalszem dzieleniu komórkowem mógł się rozwijać tylko pod stałym wpływem jadów. Ponieważ tworzący się płód z góry przesiąknięty był kiłą, można mojem zdaniem przyjąć, że przeciąg drugiego okresu u dorosłych został w takim stopniu skrócony co do czasu, że już krótko po urodzeniu mogły się utworzyć kilaki. Na nasze polecenie poddali się rodzice leczeniu zaraz po przyjęciu ich dziecka. Przedsięwzięto w krótkich odstępach trzy leczenia. W r. 1922 matka znów powiła dziecko, gdy rzekomo próba Wassermanna była ujemna. Kazałem sobie na początku r. 1924 to dziecko pokazać, odczyn Wassermanna wypadł u niego ujemnie. Dziecko nie okazywało pod względem klinicznym żadnych cech kiłowych, także u obu rodziców odczyn Wassermanna wypadł teraz ujemnie. Na zapytanie, kiedy kiłowemu wolno zawierać małżeństwo, odpowiada się, że przeciętnie od 4 do 6 lat po wyleczeniu się. (Finger[4]). Widzimy więc, w tym przypadku bardzo wyraźnie jak nieobliczalna jest kiła, bo mimo bardzo ciężkiego zakażenia po 3 latach dziecko rodzi się zupełnie zdrowe i pozostało dotychczas przy zdrowiu. Porównaj także Salomona[5]) i Hochsingera[6]).

---

[2]) Fabry. Med. Klinik 1923 Nr. 2.
[3]) Wagner. Prag. med. Kl. 1923 Nr. 1.
[4]) Finger. Syphilis u. Ehe. Wien. Marhold.
[5]) Salomon. Münch. med. Wochenschr. 1923 Nr. 25.
[6]) Hochsinger. Wien. med. Wochenschr. Nr. 8 i 9.

Ze stanowiska klinicznego i leczniczego wydają mi się zajmujące dalsze 2 przypadki, które niniejszem pozwalam sobie przytoczyć.

Dziecko J., ur. 23. 7. 1923, Nr. 78, do szpitala przyjęte 3. 8. 1923, więc 11 dni liczące. Dziecko pochodzi od blisko 40-to letniej niezamężnej matki, która przed rokiem uległa zakażeniu kiłowemu. Dokładny czas zakażenia matki nie znany, dotychczas nie była leczona.

Stan w chwili przyjęciu do szpitala: Dziecko o ciężarze 3000 gr. donoszone, prawidłowy poród, na dłoniach i podeszwach *pemphigus lueticus, lues maculo-papulosa* na tułowiu i kończynach, sapka wskutek suchego nieżytu nosa, łojotok (*seborrhoe*) powiek, wyczuwalne gruczoły karkowe, łokciowe i pachwinowe, śledziona i wątroba powiększona.

Po 4-dniowym pobycie rozpoczęto leczenie swoiste: Wstrzyknięcie 0,1—0,2 cm. sz. następującego rozczynu: Sublim. 0.2, Natr. chlor. 0.2, Aq. steril. ad 10.0 na przemian z neosalwarsanem 0.04—0.075. Wobec neosalwarsanu istniała na początku lekka idjosynkrazja, która się objawiała wymiotami, lecz później ustąpiła. Od 6 do 9 wstrzyknięcia stosowano neosalwarsan do *sinus longitudinalis*, bez żadnych ubocznych następstw. Doskonale udawał się ten zabieg: przy dokładnym nadzorze i dobrem ustaleniu główki dziecka leżała igła dobrze w zatoce. Po 5 zastosowaniu wystąpiły w tym samym dniu 2 razy wymioty połączone z kurczami (drgawkami) klonicznemi obu kończyn dolnych, które na następny dzień przybrały w rozmiarach. Dwa dni później nastąpiły kurcze obu ramion. W dniach następnych prawie wciąż kloniczne drgawki lub nawet stan tonicznych drgawek. Powyższy stan trwał 8 dni, złagodzono go przez wielkie dawki chloralu w postaci lewatyw. Stan ogólny dziecka był bardzo lichy. Akcję serca podtrzymywano dużemi wstrzykiwaniami podskórnemi kofeiny 3 razy dziennie. Przyjmowanie pokarmów odbywało się w okresach wolnych od napadów, jednakże znośnie, poza tem za pomocą zgłębnika: czynność jelit i pęcherza była zadowalająca. Po 8-miu dniach ustąpiły drgawki i pomału także wszystkie porażenia. Okazało się jednak, że lewa ręka i prawa noga były bardzo osłabione. Kurację wznowiono po 14-dniowej przerwie, lecz już nie wstrzykiwano do zatoki, tylko do żyły. Po 12 wstrzyknięciu okazało owe dziecko taką wrażliwość wobec neosalwarsanu, jak biegunka, osłabienie akcji serca, gorączka, — że przerwano leczenie. Później zachorowało dziecko na chorobę okolicznościową (grypa), która jednakże miała przebieg bardzo lekki mimo ciężkości owego schorzenia u innych dzieci. Mimo dodawania mleka kobiecego dziecko bardzo mało przybierało na wadze. Po 6 tygodniach mniej więcej pojawiła się czyraczność (ropowica) jako pierwszy objaw świeżego nawrotu kiłowego. Próba Wassermanna wypadła dodatnio, gdy 3 tygodnie wcześniej była ujemną. Z nowem leczeniem zapomocą wstrzykiwań czekaliśmy, ażeby dalsze objawy spostrzegać i faktycznie pokazały się 14 dni później około odbytnicy typowe kłykciny sączące. Rozpoczęto 2 leczenie za pomocą wstrzykiwań (2 razy tygodn). Już po 2 strzykawce sublimatu (0.2) znikły owe kł. sącz. Teraz dziecko się istotnie poprawiło, a leczenie (po części do żyły ręki) znosiło bez trudności (2 razy tygodniowo sublimat, potem raz tygodniowo neosalwarsan). Objawy porażenne na nodze i ręce, które już przy końcu pierwszego leczenia ustąpiły, zostawiły i teraz w prawej nodze pewne osłabienia po sobie. Ponieważ po 6 wstrzyknięciu neosalwarsanu znowu pojawiły się lekka gorączka i wymioty, przerwano leczenie na 4 tygodnie, potem prowadzono je dalej. Teraz stosowaliśmy bismogenol na przemian z neosalwarsanem (12 strzykawek). Począwszy od zakończenia leczenia do dzisiaj (5 miesięcy) stan dziecka jest bez zarzutu. Ciężar jego wynosi przy zamknięciu tego sprawozdania 8½ kg. Dziecko stoi na nóżkach, siedzi swobodnie, nie okazuje żadnych objawów krzywicy, (Hb) hemoglobina wynosi podług Sahli'ego 90%, odczyn Wa ujemny, umysł rozwija się bardzo korzystnie w stosunku do ciała.

Ch. Bl. 1924 Nr. J. 11, ur. 27. 12. 1923. W 4 tygodniu życia z powodu zaniedbanego nieżytu kiszek przyjęta do kliniki. Skłonność do zakażeń parenteralnych. Osłabienie akcji serca. Po 6-cio miesięcznym pobycie przy niedostatecznym rozwoju nagle sapka, święcące podeszwy, odczyn Wassermanna +++ dodatni. Rozpoczęcie leczenia. Przedsięwzięto wstrzykiwania do zatoki, neosalwarsanu 0,045 dwa razy tygodniowo, dochodząc do 0.075. Dziecko znosiło wstrzykiwania bez żadnych następstw. Dopiero po 5 zastrzyku nastąpiły nagle kloniczne drgawki obu nóg, później także obu rąk. 3 dni kolejno kilkurazowe wymioty. Ogólne osłabienie z udziałem serca. Kamfora, kofeina. Musiano przez 8 dni zastosować chloral. Podczas acne były kurcze czasami ciągłe i toniczne.

Naraz nastąpiło po 10-ciu dniach polepszenie. Wstrzykiwania przedsięwzięto odtąd do żył ręki, co dziecko dobrze znosiło. Czyraczność i grypa, które się później wywiązały bardzo zniszczyły dziecko. 4 miesiące później nawrót kiły. Bismogenol i neosalwarsan stosowano naprzemian (dwa razy tygodniowo), znoszone bardzo dobrze przez dziecko. Po 12 strzykawce znajdowało się dziecko w wyśmienitym stanie rozwojowym i było wolne od kiły. Chory rozwijał się (7 miesięcy temu) w dalszym ciągu bardzo korzystnie tak pod względem cielesnym jak i umysłowym. Siedzi i stoi o własnych siłach, i waży 7½ kg (12 miesięcy).

Oba przypadki mają za sobą to wspólne, że silny odczyn wystąpił po zastrzykach do zatoki. Obu dzieciom służyły z początku owe wstrzykiwania zatokowe doskonale. Oboje okazywały potem nagle owe ciężkie, anatomicznie dobrze zrozumiałe objawy, albowiem przy zastrzykiwaniu dostało się prawdopodobnie do ośrodka dla ruchów kończyn dolnych cośkolwiek płynu, który się powoli na dół obniżył, aż do ośrodka dla ruchów kończyn górnych. W taki sposób można sobie wytłumaczyć początkowe kurcze naprzód w kończynach dolnych a dopiero później w kończynach górnych. Po ustąpieniu zwiększonego ciśnienia, prawdopodobnie po resorbcji nastąpiła pomału *restitutio ad integrum*. Drgawki i objawy porażenne znikły. Mimo to nie odważyliśmy się po takich doświadczeniach już więcej stosować zastrzyków do zatoki, bo mimo pewnego przebywania igły w zatoce, wprowadzonej przez technicznie doświadczoną rękę, mogą najdrobniejsze poruszenia główki dziecięcej nawet przy najlepszem unieruchomieniu spowodować takie groźne i bardzo niepokojące okoliczności uboczne. Z drugiej zaś strony nie zapobiega absolutnie owe energiczne leczenie — jak oba przypadki pouczają — wystąpieniu nawrotów.

Odczyn Wassermanna u oseskόw nie jest zawsze miarodajny, ponieważ wypada czasami w przypadkach klinicznie niewątpliwych, ujemnie. Dlatego powinien zawsze obraz kliniczny decydować o początku leczenia. W wielu przypadkach mogliśmy dopiero przez wstrzyknięcie prowokacyjne neosalwarsanu spowodować dodatni odczyn Wassermanna.

Co do techniki pobierania krwi u oseskόw, to najwygodniejsze jest według mego zapatrywania pobieranie jej z zatoki. Przy 77 nakłuciach zatoki *lege artis* według Tobler a [7]) wykonanych, nie spostrzegłem żadnych objawów chorobowych lub jakich innych nieprzyjemnych zaburzeń. Z drugiej strony wydobycie krwi ze żyły ramieniowej lub głowowej jest czasami technicznie trudne do wykonania, tak samo jak wstrzyknięcie dożylne neosalwarsanu. Nie zawsze udaje się ono u oseskόw, przeważnie w praktyce prywatnej. Też u dzieci starszych we wieku 2—6 lat nie daje się zawsze wstrzyknięcie dożylne według mego zapatrywania wykonać, a przeważnie u dzieci niespokojnych. Najłatwiejsze wydobycie krwi w takich przypadkach jest za pomocą baniek. Powtórne sprowadzenie takich dzieci do lekarza jest często niemożliwe i twierdzenie niektórych autorów, że wstrzykiwania dożylne u oseskόw i dzieci rzekomo »zawsze są łatwe« do wykonania dla wolno praktykujących, jednak nie sprawdzają się. Nie ulega wątpliwości, że naprzód trzeba dążyć do dożylnego wstrzyknięcia neosalwarsanu, lecz ten zabieg, jak wyżej wspomniałem, nie jest łatwy do wykonania w prywatnej praktyce u małych dzieci, ponieważ trzeba się zawsze liczyć z usposobieniem rodziców dziecka, których nie można więcej skłonić do zjawienia się u lekarza, jeżeli zabieg ten się nie udał przy pierwszym razie. Z drugiej zaś strony wstrzyknięcie dożylne w klinice przy pewnej zręczności jest zwykle do wykonania mimo, że żyły głowy mojem zdaniem nie zawsze nadają się do tego, ponieważ są za cienkie i usuwają się. Zastosowanie środka wprost do zatoki nie radziłbym w praktyce prywatnej ponieważ, zabieg ten nie zapobiega nawrotom. Głęboki zastrzyk neosalwarsanu na powięź uda, osiąga w połączeniu z rtęcią lub bismogenolem zazwyczaj dobre skutki i jest dla praktyki najłatwiejszy. Mimo to chciałbym przy wielkiej ilości przypadków korzystnie przeprowadzonych wspomnieć o jednym, który wskazuje, że i przy prawidłowej technice nekrozy czasem są nie do uniknięcia.

Dziecko Fr. M. 1920 J. Nr. 40 liczące 7 tygodni z osutką plamisto-guzkową. Rodzice rzekomo przed urodzeniem dziecka leczyli się. Wassermann —, ciężar dziecka 4.000 gr. Zastosowanie leczenia za pomocą zastrzyków. Dawki jak wyżej lecz na powięź uda (neosalwarsan). Po wstrzyknięciu *lege artis* wykonanem w górny zewnętrzny kwadrant, pojawiła się u dziecka głęboka nekroza. Po roku silny przykurcz wskutek blizny i upośledzony chód. Teraz — po 3 latach — zaburzenia w chodzeniu usunięto, lecz pozostała głęboka blizna.

---

[7]) Tobler. Monatschr. f. Kinderheilk. 13. 1915.

Takich wypadków ogólnie znanych, lecz w piśmiennictwie mało opisanych nie można uniknąć. Ważne jest przedewszystkiem, aby wstrzykiwać w górny zewnętrzny kwadrant, unikając n. kulszowego i jego rozgałęzień, aby przy wystąpieniu nekrozy, ta okolica jak najmożliwiej była uchroniona.

Co do naszego leczenia w ogólności, pozwolę sobie wspomnieć co następuje: u dzieci kiłowych, leczonych przed wojną w naszem schronisku dla osesków zastosowano przez Heubnera gorąco polecone leczenie według Immerwohla, które także Salge w swojem dziele i swoim podręczniku terapeutycznym podnosi, i to: sublimat 0.2, Natr. chlor. 0.2. Aq. dest. ad 10.0 S; 0.2 cm. sz. raz tygodniowo, na powięź pośladkową. Powyższą metodę dla dzieci najmniej szkodliwą i stosunkowo mało prowadzącą do nawrotów zastosowałem w czasie przedsalwarsanowym tak w praktyce prywatnej, jak i w szpitalu i uważam ją za wybitnie korzystną, ponieważ można ją stosować parenteralnie i najdokładniej dawkować. Niestety mogłem tylko 32 dzieci do 10 r. życia badać po leczeniu, z tych żadne nie miało klinicznego nawrotu. 10 razy został odcz. Wassermanna wykonany z wynikiem ujemnym. Przy kąpielach sublimatowych, kalomelu w zastosowaniu wewnętrznem, dalej przy protojodurecie widziałem liczne wyniki niepewne. Żołądek często oddziaływa i to brakiem łaknienia. Ostatecznie leczenie zapomocą wcierek stosowane przez laika według mego doświadczenia nie może się porównać z leczeniem zapomocą wstrzyknięć stosowanem przez lekarza. Dobre doświadczenia, jakie zdobyliśmy wstrzyknięciami sublimatu u osesków skłoniły nas do zużytkowania owej metody w kombinacji z neosalwarsanem od czasu pojawienia się tego środka leczniczego. Jako przykład naszego leczenia, które w ostatnich latach uważaliśmy za lepsze od leczenia wcierkami w połączeniu z salwarsanem, możemy zanotować 36 całkowitych spostrzeżeń klinicznych z dotychczas tylko 4 nawrotami.

Zastosowaliśmy najprzód 1—2 zastrzyków sublimatu (porównaj wyżej) później naprzemian neosalw. z sublimatem. Neosalw. w dawkach od 0.045 do 0.075, dopiero od 8 zastrzyku 0.15. Przy takiem stopniowem stosowaniu nie spostrzegliśmy prawie nigdy żadnych objawów szkodliwych wywołanych przez ten środek. Od 4 tygodnia wstrzykiwaliśmy 2 razy w tygodniu, t. zn. raz sublimat, raz neosalwarsan. Takie leczenie obejmuje 18 zastrzyków. Po upływie dalszych 4 tygodni robiono odczyn Wassermanna. W razie wyniku ujemnego następowała przerwa, a po 6 tygodniach wykonywano wstrzyknięcie prowokacyjne i odczyn Wassermanna. Przy nawrocie następowało ponowne leczenie, składające się z 12—18 zastrzyków. Wyniki nasze mimo ciężkich przypadków w ogólności były dobre, zwłaszcza, że nasz materjał przy prawie najgorszych pod względem higjeny stosunkach składa się z dzieci niedonoszonych, słabych, lub przed urodzeniem pod względem zdrowia uszkodzonych, mało odpornych, od rodziców także z innemi schorzeniami jak n. p. *phtisis*. Podczas, gdy dawniej często kwestjonowaliśmy wartość leczenia stosowaniem dawek neosalwarsanu za szybko stopniowanych, co w 5 przyp. dawało przy objawach wymiotów i wysokiej ciepłoty mylnie obraz ciężkiej grypy, możemy przy zastosowaniu powyżej wymienionej metody uniknąć takich nieprzewidzianych zaburzeń.

U szeregu dzieci widzieliśmy już przy końcu korzystnie przebiegającego leczenia za pomocą neosalwarsanu dość szybkie przybieranie na wadze i wyśmienity wygląd, inne zaś dzieci przyszły do siebie krótko po ukończeniu wstrzykiwań i okazały wybitny wzrost, co dawniej w epoce przedsalwarsanowej nigdy się nie zauważyło: także funkcje statyczne polepszały się znacznie i szybko. Jest to prawdopodobnie działanie arsenu, podobne do tego, jakie zauważamy w okresie zdrowienia przy innych chorobach lub po dekompozycji u osesków i dzieci po wstrzykiwaniach solarsonu; bardzo korzystnem jest leczenie za pomocą ciał białkowych celem uczynniania protoplazmy; posługiwaliśmy się w tych przypadkach przy dokładnej kontroli progu pobudliwości chętnie małemi ilościami kaseosanu lub mleka sterylizowanego kobiecego lub krowiego względnie surowicy według Czerny'ego i Eliasberga[8]).

Ważne zdaje się być na początku leczenia, przyzwyczajanie powolne ustroju do neosalwarsanu, przez wstrzykiwania rtęci lub bismogenolu. Bismogenol stosowany ostrożnie, wśródmięśniowo 0.1—0.5, znosi ustrój bardzo dobrze. Stosowałem go w 10 przypadkach w kombinacji z neosalwarsanem i nie zauważyłem nigdy żadnych zaburzeń lub dolegliwości. Nacieków bardzo uporczywych, spostrzeganych przez innych lekarzy nie spostrzegaliśmy nigdy przy stosowaniu małych dawek. Nie występowała także żadna bolesność tak podczas jak i po wstrzyknięciu. Bismogenol wydaje się więc być środkiem bardzo stosownym do kombinowanego leczenia kiły neosalwarsanem. Przy stosowaniu salwarsanu srebrowego, użytego tylko w 2 przypadkach, nie widzieliśmy żadnych korzyści, ale i także żadnych zaburzeń. Dopiero po zastosowaniu 2—3 wstrzyknięć bismogenolu wolno ostrożnie i przy dokładnem klinicznem spostrzeganiu rozpocząć leczenie neosalwarsanem. Mimo to nie można czasami uniknąć zaburzeń spowodowanych przez neosalw. Tak można zauważyć u niektórych dzieci zwyżkę ciepłoty i wymioty w dniu zastrzyku. Te objawy jednakże ustępują bez dalszych następstw. Przy ciężkich objawach podobnych do grypy należy natychmiast zaprzestać leczenia.

W naszym szpitalu umarło wskutek ciężkiej infekcji 20%. Często jest ropowica lub inna jakaś choroba zakaźna n. p. nagle występująca grypa względnie odra lub koklusz, okolicznością ciężko zagrażającą życiu, a nawet śmiertelną dla dzieci. Przy grypie stosowaliśmy w 12 przypadkach u dzieci kiłowych zapobiegawczo i nawet leczniczo *aplexil* z wyśmienitym skutkiem (wyrób firmy L. Spiessa, Warszawa) lub jakąś inną surowicę wielowartościową 0.1 – 0.5 stosownie do wieku i wielkości, w połączeniu z 0.1—0.2 kaseosanu, co wstrzykiwaliśmy co 2 dzień. Jeżeli się nie przekroczy progu pobudliwości, co według mego zdania jest najważniejszem przy każdej swoistej i nieswoistej proteinoterapji nie można przynajmniej zaszkodzić. Jesteśmy tego zdania, że zapobiegnięto przez to zakażeniu grypowemu w 6 przypadkach, bo na tej samej sali chorych zachorowały ciężko dzieci, którym nie wstrzyknięto; później ostrożnie zastosowana surowica wielowartościowa z kaseosanem nie miała już żadnego korzystnego wyniku (*exitus*). Przy wybuchu odry należy szczególnie według mego zapatrywania stosować na oddziale kiłowym zapobieganie i to jak najwcześniej postępując według Dekwitza. Zaburzenia w odżywianiu znoszą dzieci przeważnie dobrze, zwłaszcza przy zastosowaniu specjalnej dietetyki i to najlepiej przez podawanie mleka kobiecego. Z drugiej zaś strony wydają się być dzieci nieodpornemi wobec zakażeń wszelkiego rodzaju. Należy więc, jak wszędzie, tak szczególnie na oddziale kiłowym dla osesków i małych dzieci opanować każde zakażenie domowe i nie przyjmować żadnego dziecka na oddział kiłowy bez poprzedniej kwarantanny.

Z historji medycyny.

Dr. ZIEMBICKI. Lwów.

Z dziejów szpitalnictwa lwowskiego.

Widując do niedawna jeszcze na ulicach Lwowa na pół ślepego dziadka o kiju, odzianego zimą i latem w tabaczkowy płaszcz z peleryną, owiniętego po uszy staroświeckim buraczkowym szalem, — nie jeden z młodszych Kolegów nie wiedział z pewnością, że ma przed sobą senjora stanu lekarskiego, nietylko w mieście, ale w całem państwie naszem, że ma przed sobą postać, związaną przez długie dziesiątki lat z historją i rozwojem naszego szpitala, że ma przed sobą niezwykły typ człowieka, którego burzliwy temperament i niebezpieczna energja niosły przez życie niezawsze szczęśliwie — ale go niosły i przez liczne szkoły początkowe i średnie: jako ucznia; i przez księgi święte, kościoły i klasztory: jako adepta teologji; i przez tajemne kadry agitacji rewolucyjnej:

[8]) Czerny-Eliasberg. Wochenschrift f. Kinderheilunde 18. Nr. 1. 1920.

jako powstańca; i przez prosektorja, kliniki, szpitale wszystkich prawie stolic europejskich: jako lekarza.

A że, jak się rzekło, historja tej niepospolitej jednostki wiąże się z historją szpitala lwowskiego, ta zaś historja z owych zwłaszcza czasów mało jest znaną naszemu ogółowi lekarskiemu, przeto może nie od rzeczy będzie przypomnieć parę szczegółów, parę dat starych, parę nazwisk zapomnianych, parę obrazów minionych.

* * *

Zacznijmy od kilku historycznych dat szpitalnych.

Dosyć rozpowszechnionem wydaje się mniemanie, jakoby gmach szpitalny był pierwotnie klasztorem.

Nic podobnego.

Czcigodny infułacie, biskupie sufraganie in partibus infidelium, księże Samuelu Rochu Głowiński! pozwól, że w Twojem imieniu sprostuję błąd, tak często powtarzany.

Ten wielki budowniczy i fundator, którego energiczną, zdrową postać o pełnej, uśmiechniętej twarzy, przedstawia staroświecki portret, zdobiący ścianę sali dyrekcyjnej naszego szpitala, miał coś lepszego na celu, kładąc kamień węgielny pod te potężne mury, aniżeli stworzenie koszar klasztornych dla kilkunastu ascetycznych mnichów.

Budował on zakład wychowawczy dla młodzieży, mający jedynie pozostawać pod opieką i kierownictwem znakomitych OO. Pijarów, pod nazwą: »*Collegium nobilium*«.

Złp. 60.000 poszło na budowlę. Fundację osobną przeznaczył Głowiński na utrzymanie zakładu. Kto wie, czy do dziś nie żyją jeszcze ówcześni świadkowie tej fundacji, chociaż minęło od tej pory przeszło półtora wieku. Kto wie, czy idąc na przechadzkę do Winnik, do Podbereżec, Łyczakowskim gościńcem na wschód od miasta, nie spotkasz przechodniu gdzieś wśród starodrzewu świerkowego i bukowego starowiny, pamiętającego rok 1762, w którym te lasy i dobra zostały przeznaczone na prowadzenie *Collegium*.

Ale lasy wraz z krajem i wraz z jego fundacjami przeszły przez burze i przewroty, przez łaskę i niełaskę tronów nowych i gabinetów cesarskich.

I chociaż Marja Teresa w r. 1776 zatwierdza fundację X. Samuela, nadając jedynie, stosownie do swego imienia, zmienioną nazwę zakładowi: »*Collegium Nobilium Theresianum*«, — to cesarz Józef II. poprostu sobie t. zw biletem odręcznym w r. 1783 przechodzi do porządku dziennego nad wolą fundatora, przeznaczenie zakładu przekreśla i gmach oddaje BRACIOM MIŁOSIERDZIA. Dlaczego? Dlatego, że rząd ówczesny dalekim był od zamiaru tolerowania we Lwowie wspaniałego zakładu wychowawczego dla polskiej szlacheckiej młodzieży. We Lwowie szukano równocześnie pomieszczenia na szpital wojskowy. Na ten cel mianowicie upodobano sobie dotychczasowy klasztor ze szpitalikiem Braci Miłosierdzia, czyli t. zw. Bonifratrów, przy dzisiejszej ul. Łyczakowskiej. Trzeba ich było stamtąd usunąć. Tak się też stało, siedzibę Bonifratrów zamieniono na szpital garnizonowy, będący dzisiejszym okręgowym szpitalem Wojsk Polskich we Lwowie.

A ponieważ łatwiej było cesarzowi, a względami politycznemi bardziej było wskazanem: skasować zakład wychowawczy, niż klasztor, zwłaszcza klasztor ze szpitalem, przeto ofiarą padł gmach fundacyjny, do którego przeniesiono Bonifratrów na miejsce *Collegium Głowińskiego*. Definitywne zamknięcie zakładu wychowawczego, a raczej już tylko mieszkalnego, czyli t. zw. konwiktu, zostało, w ślad za wspomnianą decyzją cesarza, zrealizowanem na podstawie dodatkowego postanowienia najwyższego z dn. 14 sierpnia 1784., w którem wyraźnie powołano się na »ważne polityczne i moralne powody«.

Dawne *Collegium Nobilium Theresianum*, zwane też Akademją Stanową, zostało połączone z zakładającym się właśnie uniwersytetem, w ten sposób, że na naukę przedmiotów specjalnych, nie udzielanych na żadnym wydziale, przeznaczono kilka sal uniwersyteckich. Z funduszów Głowińskiego utworzono stypendja, a nadto utrzymywano z nich nauczycieli języka francuskiego, włoskiego, rysunków, metra tańców, szermierki i jazdy konnej, (Finkel, Historja Uniwersytetu Lwowskiego, str. 137).

W dawnym budynku zakładowym, naszym dzisiejszym szpitalu, rozgościli się więc Bracia Miłosierni. Ale ich swoboda nie długo trwała. Postanowieniem kancelarji nadwornej z dnia 2 maja 1785 r., przeznaczając nasz budynek już wyraźnie na szpital Bonifratrów, zabrano na jego utrzymanie różne fundusze, a także i fundusze biednych braciszków, im zaś dano sposobność okazania się w dalszym ciągu miłosiernymi, bo wyznaczono im rolę obsługiwania chorych, jakoteż dostarczania tym chorym bielizny i wiktu.

Niebawem jednak, bo w tymże roku Pańskim 1785., skasowano zupełnie Zgromadzenie Braci Miłosierdzia. Podzieliło ono wówczas los wielu innych Zgromadzeń.

Zakład przeszedł w zarząd świecki.

Jeszcze trochę czasu upłynęło na zupełną likwidację poprzedniego stanu rzeczy, między innemi na usunięcie z gmachu rozmaitych kalek, których przeniesiono do budynku św. Łazarza (w górnej części ul. Kopernika, zwanej niegdyś Szeroką), wreszcie na potrzebne urządzenia, tak, że dopiero w r. 1789., a może 1790., został nasz szpital ostatecznie otwartym, a to pod kierownictwem ówczesnego, trzeciego z rzędu w Galicji, protomedyka, którym był niejaki Pressen. Nawiasowo wspomnę, że pierwszym protomedykiem Galicji był zasłużony polak, dr. Krupiński, drugim zaś, po śmierci Krupińskiego, cudzoziemiec Mac-Hugh. Szumowski, prof. historji medycyny, obecnie w Krakowie, poświęcił Krupińskiemu znakomite dzieło, które uwadze interesujących się dziejami naszej medycyny polecam. (»*Galicja pod względem medycznym za Jędrzeja Krupińskiego, pierwszego protomedyka,* 1772—1783.« Lwów 1907., nakładem Tow. dla popierania nauki polskiej).

Oto data powstania naszej instytucji, odległa od nas o lat 134.

Wracając do Ks. Głowińskiego, nadmienić wypada, że powszechnie znane stypendja jego imienia dla kształcącej się młodzieży były od chwili wprowadzenia autonomji Galicji rozdawane przez b. Wydział Krajowy, a obecnie przyznaje je Tymczasowy Wydział Samorządowy we Lwowie.

Czy jednak duch fundatora, dziś, po restytucji Państwą Polskiego, nie upomni się też i o restytucję zakładu, który my zajmujemy wbrew jego woli i wbrew przeznaczeniu? Duch się z pewnością nie upomni, z żyjących zaś nikt tej kwestji dotąd nie porusza.

* * *

Szpital składał się z początku z trzech oddziałów, czyli zakładów: chorych — położnic — i obłąkanych.

Później przyłączono do niego t. zw. Zakład Kliniczny.

Najpierw zakład chorych, potem zakład położnic i obłąkanych przeniesiono na fundusze lokalne, względnie krajowe. Tylko Zakład Kliniczny pozostał państwowym i otrzymywał dotację z t. zw. funduszu edukacyjnego.

Zakład kliniczny powstał w r. 1785 t. j w następstwie kreowania we Lwowie Uniwersytetu, w którym przewidziany był i wydział medyczny. Inauguracja Uniwersytetu Józefińskiego odbyła się, jak wiadomo, w r. 1784 dnia 16 listop. Poprzednio, t. j. od chwili mianowania Krupińskiego protomedykiem, istniało we Lwowie t. zw. Kolegium medyczne, stworzone mocą obecności we Lwowie pięciu urzędników sanitarnych z protomedykiem na czele. Obok czynności sanitarno-administracyjnych załatwiało ono wszelkie przedmioty ochrony zdrowia, było władzą przełożoną wszystkich lekarzy, chirurgów, aptekarzy, akuszerek, cyrulików, dentystów, okulistów, operatorów kamieni. Do kolegjum należało nauczanie medycyny (*Medizinal-Lehre*) i ład w medycynie (*Medizinal-Ordnung*).

»Pilnowanie ładu w medycynie — pisze Szumowski w swem dziele o Krupińskim (str. 143) — polegało na wydawaniu opinji w razie nieporozumień lub wykroczeń, które się zdarzają w nauce lekarskiej, chirurgji, położnictwie i aptekarstwie, bądź gdy chodzi o błąd w sztuce, bądź gdy chodzi o zbyt wysoką zapłatę (*excessus sostri*)«.

Ten surogat wydziału medycznego, z chwilą, gdy powstał wydział rzeczywisty, został rozwiązany. Ale dzieje owego pierwszego we Lwowie wydziału lekarskiego były smutne. Opisuje je w sposób szczegółowy Finkel (Hist. Uniw.

str. 102). Zdyskredytowany dzięki złemu doborowi ludzi, fakultet ten sam sobie zgotował zgubę i przetrwał ledwo 4 lata. Już w r. 1788 zredukowano go do rozmiarów szczątkowych. W kilkanaście zaś lat później, bo w r. 1805., został cały uniwersytet Józefiński przeniesiony do Krakowa. Lukę powstałą zapełnia częściowo t. zw. Liceum Lwowskie, z pominięciem jednak działu lekarskiego. Wkrótce po kongresie wiedeńskim, a mianowicie w r. 1817., zostaje jednak reaktywowany Uniwersytet we Lwowie. Kraków uznany był bowiem za wolne miasto, a i Warszawa zdawała się stwarzać konkurencję, jako atrakcja dla młodzieży akademickiej wobec zapowiedzi Aleksandra I. Uniwersytet lwowski ufundowano wszakże bez wydziału lekarskiego. Dopiero w r. 1833 powstaje t. zw. Instytut Medyko-Chirurgiczny, który przetrwał aż do r. 1874. Przy tymto instytucie pracuje cały szereg osobistości, znanych nam jeszcze z niedawnej doby, a pozostających w bliższym lub dalszym, stosunku z naszym szpitalem. Ostatnim z nich był ś. p. prof. Adam Czyżewicz *(sen.)*, który po zwinięciu Instytutu medykochirurgicznego spensjonowany, przydzielony został z pozostawieniem tej samej t. j. VII rangi służbowej do pozostałej po Instytucie szkoły położnych, jako kierownik, będąc zarazem od dawna prymarjuszem szpitalnego oddziału chorób kobiecych.

Naczelny zarząd szpitala pozostawał do r. 1866 w ręku władz rządowych. W tym roku przeszedł w ręce Wydziału krajowego.

Objęcie szpitala lwowskiego przez kraj w r. 1866 wprowadza nas w epokę, w której na widownię lekarską wchodzi ś. p. Sawicki.

* * *

Edward Sawicki ujrzał świat w Pieniakach, w powiecie Brodzkim, w r. 1833. Nauki pobierał w Brodach, Brzeżanach i Tarnopolu. W latach 1853—1857, jako wychowanek seminarjum duchownego, uczęszczał na Wydział Teologiczny Uniwersytetu Lwowskiego, poczem zapisał się na Wydział lekarski Wszechnicy Jagiellońskiej i tam doktoryzował się w r. 1862., w r. 1863 zaś otrzymał dyplom. W obu tych pierwszych latach po doktoracie pełnił obowiązki asystenta przy katedrze fizyki.



Ale rok 1863 nie był rokiem przeznaczonym na cichą pracę naukową.

Sawicki został członkiem t. zw. Ławy Krakowskiej, organizacji powstańczej i zrazu brał w niej bardzo czynny udział. Do ostatnich dni swego długiego życia zachował żywo w pamięci najdrobniejsze szczegóły z tego okresu. Chętnie opowiadał, jak to n. p. dzięki znajomości wielu języków był wyznaczony do pertraktowania z zagranicznymi wysłannikami. Do Ławy Krakowskiej zgłosił się nasamprzód wysłannik Wiktora Emanuela. Przyjmowali go: Sawicki, Viehauser i Lipczyński. Poseł proponował, by Polacy w obozach swych okrzyknęli królem polskim jednego z astryjackich arcyksiążąt, żeby natomiast zrezygnowali raz na zawsze z ziemi poznańskiej na rzecz Prus. Objaśnił go Sawicki, że pełnomocnictwa Ławy nie sięgają tak daleko, aby się mieszać do sprawy obsadzenia tronu, co zaś do odstąpienia dobrowolnego najstarszej dzielnicy polskiej wogóle mowy o tem być nie może.

Innym razem przybył do nich Władysław (Lajos) Csaki ze Spiżu w imieniu Węgrów. Obiecywał pieniądze, broń i ludzi. Nadzieje na pieniądze i broń przyjęto z entuzjazmem. Ludzi jednak, których Węgrzy przygotowywali z zamiarami wrogimi przeciw Austrji nie przyjęto bez zastrzeżeń. Gdy zaś Sawicki przedstawił tragiczne i niemal beznadziejne położenie strategiczne, skończyło się na niczem. Powstańcy byli z trzech stron otoczeni. Nota Napoleona III. przeszła szczęśliwie przez Londyn, ale utknęła w Berlinie, który zajął stanowisko dwuznaczne. Austrja, czekająca tylko na to, zmieniła również postawę neutralną i zaczęła aresztować. Wołek, Dr. Łukaszewski i w. in. salwowało się ucieczką na Wołoszczyznę. Zabrakło broni i amunicji. Obiecana przez Węgrów i transportowana w beczkach ze smalcem została wskutek denuncjacji szpiegów przez Austrję przejęta. Śliczne na pozór karabiny, otrzymane z Belgji, miały tylko ten mały mankament, że zamki na kapsle nie posiadały otworów. Z chwilą wreszcie, gdy Agaton Giller powierzył władzę Elżanowkiemu, Sawicki, uważając to za krok fatalny wycofał się zupełnie z organizacji.

W r. 1864 widzimy go jako lekarza praktykującego w Tarnopolu.

W r. 1868 w Trembowli gdzie został lekarzem powiatowym.

W r. 1870 uzyskuje we Wiedniu dyplom doktora chirurgji.

W r. 1872 jedzie w świat i zwiedza kliniki niemieckie. Jest to jego pierwsza podróż naukowa.

W r. 1873 dzięki nieszczęśliwym operacjom finansowym traci cały majątek żony, nadwerężony już i tak przez podróż.

Szukając wyjścia, stara się o posadę lekarza kolejowego przy koleji czerniowieckiej. Wtedy to koledzy jego: Rożański, prymarjusz oddziału kiłowo-skórnego męskiego, Opolski, wówczas prymarjusz oddziału obłąkanych kobiet i Wołek, sekundarjusz oddziału ocznego, zachęcili go do przedsięwzięcia starań o posadę w szpitalu naszym. Starania te, poparte przez tak życzliwą opinję kolegów, powiodły się i Sawicki został w sierpniu 1873 mianowany ordynatorem, czyli prymarjuszem oddziału obłąkanych mężczyzn.

Oddział ten mieścił się tam, gdzie dziś znajduje się część żeńska oddziału W. III. Miał on wtedy 132 łóżek, do obsługi 18 posługaczy, prócz tego nadzorcę, zwanego prefektem, (którym był niejaki Jaroszyński, a którego zadaniem było czuwanie nad ładem i porządkiem, nad ścisłem wypełnianiem poleceń lekarskich i nad dobrem obchodzeniem się z chorymi).

W tem miejscu wypada słów kilka powiedzieć o najdawniejszej historji służby psychjatrycznej w naszym szpitalu.

Tu odstępuję głos Sawickiemu, cytując część jego sprawozdania, drukowanego w zbiorowem Sprawozdaniu Lekarskiem Szpitala powszechnego krajowego we Lwowie za rok 1873. (Tom, wydany z polecenia Wydziału Krajowego przez Dyrekcję Szpitala w r. 1875, drukowanej u Kornela Pillera i należący dziś do rzadkości bibljograficznych).

Rozdział, zredagowany przez Sawickiego, zaczyna się tam na str. 270 i zajmuje stronic 14.

Interesuje nas w tej chwili tylko wstęp tego rozdziału, następujący:

»1. Do końca zeszłego wieku żadne państwo oprócz Anglji nie miało przytuliska dla obłąkanych.

Gdzie rząd rozciągał opiekę swoją nad nimi, tam więzienie zbrodniarzy, lub najgorzej urządzone szpitale, były schowkiem, gdzie dręczono obłąkanych wszelkimi sposobami, na jakie dzikość, zabobon i ciemnota zdobyć się mogły.

Gdzie zaś nie było więzień i szpitali, tam ludzie, wilki, głód, mróz, upał, skracały życie szałowych i zadumowych. Do nieszkodliwych przyzwyczaili się ludzie i dozwalali ginąć im powoli.

Nie dziw więc, że im niższy stopień kultury w jakim narodzie tem mniej spotykamy obłąkanych. Śród dzikich i koczujących plemion są oni z powyższych przyczyn rzadkością.

Lecz nawet ów jedyny zakład angielski założony przez Edwarda IV. w r. 1547, miał na celu uwolnienie ludzi od obłąkanych, lecz tych nie uwalniał bynajmniej od złośliwej głupoty ludzkiej.

Nikt zresztą nie myślał wówczas o leczeniu obłąkanych. Dopiero Wiliam Perfect w Anglji, a Philippe Pinel we Francji i na kontynencie, założyli z końcem zeszłego stulecia pierwsze trwałe podwaliny w nauce i wykonawstwie do poprawienia niedoli obłąkanych.

Pinela naprowadził na to smutny wypadek, jaki zdarzył się jego przyjacielowi, który popadłszy w obłąkanie, tułał się po lasach, gdzie go wilki pożarły.

W angielskim narodzie wyszła myśl ludzkiego obchodzenia się z obłąkanymi od kwakrów. William Tuk kwaker, założył bowiem taki zakład koło New-York i na jego czele stanął sam w r. 1796.

2. W Polsce dola obłąkanych nie była lepsza; ginęli oni bez śladu śród samej ludności. W tym czasie, kiedy byłaby Polska poszła za przykładem Pinela i Perfecta, utraciła jako państwo swój byt.

Kiedy kraj nasz przeszedł pod panowanie monarchji austryjackiej, nie było nawet we Lwowie przytuliska dla obłąkanych.

Istniał od r. 1640 szpital Bonifratrów, dzisiejszy garnizonowy przy ul. Łyczakowskiej, założony przez Jana Sobieskiego ówczas chorążego koronnego; lecz do tego szpitala obłąkanych nie przyjmowano.

W całej monarchji austrjackiej nie było wówczas ani jednego zakładu dla tych chorych.

Dopiero cesarz Józef II. rozkazał wybudować w roku 1774 pierwszy taki zakład we Wiedniu.

W czterdzieście lat później wybudował rząd jeszcze jeden zakład w Pradze i Hall w Tyrolu.

Z czasu asolutnych rządów, nie masz innych zakładów w Austrji.

Natomiast obok powszechnych szpitali urządzono oddziały dla obłąkanych najgorzej urządzone, przeludnione, nie postępujące za przykładem wzorowych zakładów zachodnich, często nie mające nawet szczegółowo wykształconych lekarzy i pierwszych warunków zdrowia.

Do takich oddziałów należał z wielu względów oddział obłąkanych powszechnego szpitala we Lwowie.

Założenie jego przypada razem z otwarciem szpitala w dzisiejszym gmachu, po zniesieniu istniejącego tu pierwotnie zakładu wychowawczo-naukowego Pijarów i po zniesieniu szpitala Bonifratrów.

Stało to się z rozkazu cesarza Józefa z końcem zeszłego stulecia.

3. Stałe przyjmowanie obłąkanych po szpitala lwowskiego poczyna się od r. 1792 jak wykazuje statystyczna tablica I. ułożona według dzienników.

Do r. 1817 nie było jednak odosobnionych sal dla obłąkanych, lecz ilość przyjętych w tym czasie od 1792—1817 chorych na umyśle była w szpitalu wcale nieznaczna.

Nie było bowiem przymusu do oddawania obłąkanych z gminy do szpitala.

Lecz skoro starostowie otrzymali odpowiednie rozkazy takiego przymusu, skoro urządzono w r. 1817 osobny oddział w szpitalu; wkrótce nie tylko że liczba obłąkanych zwiększała się corocznie, lecz nastąpiło przeludnienie oddziału.

W r. 1827 otrzymał oddział osobnego lekarza, jednego na cały oddział, składający się z kobiet i mężczyzn. W r. 1843 przydzielono na oddział obłąkanych dwóch lekarzy, głównego i pomocnika. Zresztą do r. 1870 nic się nie stało, coby zasługiwało na wspomnienie.

Dla wewnętrznego urządzenia, dla rozszerzenia zakładu, dla polepszenia jego służby dozorczej, warunków higjenicznych i psychjatrycznych nic zgoła nie zrobiono.

Oddział spełniał trojakie zadanie, bo przechowywał, pielęgnował i leczył sobie powierzonych chorych w sposób, który już należy do milczącej historji.

Oddawna istniejący wydział profesorów szkoły chirurgicznej, nie zwrócił pod względem naukowym swojej uwagi na ten oddział.

Rząd zaś, który niewątpliwie znał stan oddziału i szpitala, nie mógł nic zrobić dla polepszenia jego.

Około 1858 myślano w ówczesnem ministerstwie o budowie nowych zakładów dla Węgier, Siedmiogrodu, Morawji i podobno dla Galicji; lecz jak wiemy nic z tego nie przyszło do skutku. Już to z czasu absolutnych rządów nietylko nie rozwijały się oddziały i zakłady dla obłąkanych w Austrji, lecz sama nauka psychjatrji była na wszystkich niemal wszechnicach zaniedbana.

W nowszych dopiero czasach powstały we Wiedniu kliniki psychjatryczne. Inne wszechnice dotąd nie mają takowych.

Nawet prawodawstwo austrjackie nie zdobyło się dotąd na szczegółowe prawa względem obłąkanych. Co się zaś tyczy obliczeń statystycznych, potrzebnych dla ocenienia stosunku chorób umysłowych do ludności; takowe są wprawdzie, ale nie przydatne ni do celów naukowych, ni wykonawczych.

Psychjatrja pomiędzy lekarzami naszego kraju, należy do przedmiotów bardzo mało znanych, jak świadczą historje chorób, które przychodzą na oddział.

Przeszłość nic tedy nie uczyniła ani dla psychjatrji jako nauki, ani dla zakładów, jako instytucji publicznych.

Potrzeba było zmiany wewnętrznej politycznej, ażeby te sprawy popchnąć naprzód.

To też rzeczywiście wielki postęp zrobiły w tym względzie wszystkie sejmy i wydziały sejmowe w całej Austrji.

Niemniej nasz Wysoki Wydział Krajowy, przedłożył Wysokiemu Sejmowi potrzebę nowego zakładu dla obłąkanych i uzyskał na to uchwałę funduszów.

Nadto istniejący oddział obłąkanych od r. 1870, zyskał w kilku kierunkach znaczne ulepszenia. Wys. Wydział krajowy zarządził (1870) rozdział całego oddziału na dwa osobne, męski i kobiecy; każdemu z nich nadał lekarza głównego i pomocnika; baczył przy obsadzeniu tych posad na psychjatryczne wykształcenie lekarzy; nawet w tym celu wysłał był dwóch młodszych na koszt kraju zagranicę, lub przyjął do służby lekarzy, którzy własnemi kosztami nabyli zagranicą wykształcenia szczegółowego.

Niemniej w r. 1873 oddział męski uzyskał ulepszenie, które tylko ostatecznie od przyzwolenia Wydziału krajowego zawisło. Wskutek tych ulepszeń wewnętrznych, które poniżej wyszczególnimy, oddział męski stanął z końcem 1873 na równi z dobremi zakładami we wielu względach«.

Wymienione sprawozdanie Sawickiego zawiera także dwie tablice ruchu chorych na oddziale obłąkanych mężczyzn i kobiet od r. 1792 do r. 1873.

Dowiadujemy się dalej, że od r. 1828 t. j. od chwili, kiedy służba psychjatryczna w szpitalu lwowskim otrzymała osobnego ordynatora, pełnili ją kolejno następujący lekarze: Ressig, Zacher, Madejski, Zachert, Mossor, Turek, Trommelschleger, Berthleff, Chądzyński.

Pozwolę sobie zwrócić uwagę na trzech z pomiędzy wymienionych:

1) Ressig Ignacy Jan, wybitny lekarz, który później był też dyrektorem naszego szpitala, a od r. 1866 protomedykiem. Napisał bardzo ciekawą rozprawę desertacyjną pt. t.: »*Brevis expositio aquarum mineralium Galiciae*« (Wiedeń 1827) Jest to praca ważna dla historji naszego zdrojownictwa.

2) Berthleff Karol Teodor, był później również dyrektorem naszego szpitala. Twarz jego o siwych długich bokobrodach znaną jest z portretu, umieszczonego w sali dyrekcyjnej lwowskiego szpitala.

3) Chądzyński Jan, wychowany w Paryżu i z tamtejszym dyplomem, przeniósł się następnie do Galicji i był lekarzem zdrojowym w Lubieniu, o którym napisał monografję balneologiczną, potem zaś był ostatnim prymarjuszem wspólnego oddziału obłąkanych mężczyzn i kobiet, poczem po podziale oddziału, t. j. w r. 1870 prymarjuszem męskiej połowy oddziału dla obłąkanych i to do r. 1873., w sierpniu zaś 1873 został prymarjuszem oddziału kiłowo-skórnego dla kobiet, a po nim objął oddział obłąkanych mężczyzn Sawicki.

Jak już przedtem nawiasowo wspomniałem, prymarjuszem takiegoż oddziału dla kobiet był równocześnie Opolski.

Sawicki, mając za sobą wówczas już specjalne studja zagraniczne w ogólnej medycynie, nie był zadowolony ze swego losu i marzył o prymarjacie chorób wewnętrznych.

Był wówczas, aż po r. 1875 jedyny w szpitalu naszym oddział wewnętrzny. Obejmował łóżek 120, służył na pomieszczenie tak mężczyzn jak kobiet, prymajuszem jego był Dr. Oskar Widmann, Nazwę miał W. II., (»wewnętrzny drugi«), z tej racji, że t. zw. oddział I. był oddziałem klinicznym, posiadał 45 łóżek i mieścił się poza obrębem budynku szpitalnego w t. zw. »Filji Hoffmańskiej«, a kierownikiem jego był dr. Józef Finger, profesor kliniki medycznej i prymarjusz.

Widmann był chlubą szpitala naszego, był to znakomity diagnosta i lekarz myśliciel. Jego dziełko p. t.: »*Choroby serca i tętnic*« było na owe czasy pracą znakomitą. (Kraków 1897., nakł. Stow. do Wydawnictwa dzieł lekarskich w Krakowie).

Co do wspomnianej »Filji Hoffmańskiej« mie-

ściła się ona w budynku, którego reszta stanowi dziś róg ul. Łyczakowskiej i nowej Gliniańskiej i nosi numer orjentacyjny : Łyczakowska 22.

Otóż gdy powstała myśl podzielenia oddziału Widmanna na osobne dwa oddziały wewnętrzne t. j. dla mężczyzn i kobiet, wtedy Sawicki zapragnął dostać powstający w ten sposób nowy oddział. Udał się w tym zamiarze do swej bezpośredniej władzy przełożonej, którą był wówczas dyrektor szpitala naszego, Dr. Bolesław Głowacki. Głowacki, po porozumieniu się z departamentem sanitarnym Wydziału Krajowego oświadczył mu na to, że Wydział krajowy nosi się z zamiarem mianowania Sawickiego dyrektorem założyć się mającego zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie.

Marszałkiem kraju był wówczas Leon ks. Sapieha, a szefem departamentu sanitarnego p. Serwatowski. Olśnionemu niespodziewaną nadzieją tak pięknej karjery lekarskiej postawiono jednak warunek odbycia specjalnej podróży zagranicę dla zwiedzenia i zbadania zakładów dla umysłowo chorych tak pod względem leczniczym jak i administracyjnym.

Sawicki nie wiele myśląc przedsiębierze więc tę nową podróż i zwiedza wszystkie ważniejsze szpitale dla obłąkanych w Anglji, Szkocji, Francji, Belgji, Holandji i Niemczech. Nadto odbywa specjalne studja u Remaka, Westfala, Charcota, jakoteż u Meinerta, gdzie w specjalnem *privatissimum* studjuje anatomję i histologję mózgu.

Wyniki swej podróży przedstawił po powrocie w obszernem sprawozdaniu omówionem w Towarzystwie Lekarskiem i ogłoszonem drukiem p. t. : »O publicznej opiece nad obłąkanymi i zakładach psychjatrycznych. (Lwów, 1875., nakład własny).

Nie przeczuwał jednak, że podróż będzie bezowocną, że nadwyręży go ostatecznie do reszty materjalnie i pogrąży w kłopoty finansowe, z których już nigdy w życiu nie miał wybrnąć. Upragnionej bowiem i obiecanej posady nie dostał.

Kiedy powrócił do Lwowa nie było już Sapiehy.

Na stanowisku marszałka kraju zastał hr. Alfreda Potockiego.

A kiedy nic złego nie przeczuwając, pełen otuchy i nowych wiadomości, zabrał się do urządzania zakładu kulparkowskiego, kiedy do tego zakładu przeniesiono cały jego męski oddział obłąkanych ze szpitala lwowskiego, kiedy wprowadza jako rzecz nową roboty rolne i ogrodowe dla zatrudnienia tych chorych, — pewnego dnia Pan Marszałek, zwiedzając nowy zakład, nie szczędzi pochwał pierwszemu u nas organizatorowi służby psychjatrycznej po to, aby niebawem dać mu do zrozumienia, żeby na stanowisko dyrektora nie liczył.

»Bo Schwarzenbergi bardzo protegują Marescha« — to powiedzenie Potockiego wbiło mu się w uszy i w pamięć na zawsze.

Potocki, zwłaszcza Alfred Potocki, mógł dużo i gdyby był chciał, nie potrzebował się oglądać na nic, nawet na życzenie Schwarzenbergów. Jednak — jasna rzecz — nie chciał, bo tak ze względów towarzyskich jak politycznych, niestety potrzebniejsi mu byli tamci możni wiedeńscy panowie, niż osoba Sawickiego.

Przyszedł więc z Wiednia Maresch, człowiek nieudolny, którego wprawdzie po dwóch latach usunięto, ale Sawicki stracił grunt pod nogami.

Tymczasem i oddział wewnętrzny Widmanna był już podzielony na dwie części, t. j. na męski i żeński, z których Widmann zatrzymał jedną część, gdy drugą dostał Opolski, dotychczasowy prymarjusz żeńskiego oddziału obłąkanych, ten zaś oddział w ślad za męskim został przeniesiony na Kulparków i Sawicki znalazł się przed próżnią.

Łatwo zrozumieć to położenie, gdy się zwłaszcza uwzględni, że człowiek ten na podróż swoją wydał 23.000 złotych reńskich, sumę na owe czasy olbrzymią, a wobec obrotu sprawy bezpowrotną.

Wtedy to stworzono dla niego oddział nowy wewnętrzny który wobec zwinięcia klinicznego oddziału Fingera (1874) i wobec nazwania oddziału Widmanna pierwszym (męskim), Opolskiego drugim (żeńskim), otrzymał nazwę W. III., utrzymującą się do dnia dzisiejszego. Oddział ten połączony był ze stacją psychjatryczno-obserwacyjną dla kobiet, a dla urozmaicenia dodano oddział ginekologiczny, co utrzymywało się przez całych lat 18.

Kiedy po usunięciu Marescha zwrócono się do Sawickiego ponownie z zapytaniem czy teraz nie objąłby kierownictwa w Kulparkowie, odmówił, gdyż parę lat nieudolnej gospodarki stworzyło w Kulparkowie zupełny bezład. Urządzenie zakładu poszło fałszywą drogą, nie po linji pierwotnych planów Sawickiego. Cały jego trud został zmarnowany. Nadto nieodpowiednich ludzi porobiono tam urzędnikami i lekarzami, z których n. p. jeden cierpiał sam na ciężkie zmiany nerwowe wskutek zatrucia alkoholem, a inny, jak się okazało, był dotknięty paranoją.

Dyrektorem w tych ciężkich warunkach został Neusser.

W uznaniu natomiast kwalifikacji Sawickiego powierzył mu Wydział Krajowy już jako prymarjuszowi opiekę nad obłąkanymi w całym kraju, a więc tak we Lwowie jak i w Krakowie. Istniały jeszcze dwa prowincjonalne oddziały psychjatryczno-obserwacyjne, a mianowicie dla kobiet w Przemyślu, a dla mężczyzn w Żółkwi, te jednak zostały na wniosek Neussera, poparty przez ówczesnego szefa departamentu sanitarnego Hoszarda, zwinięte.

Inną satysfakcją, nie przynoszącą jednak dochodów, była nadto prywatna docentura z psychjatrji, którą Sawicki otrzymał w r. 1875, dzięki ówczesnemu protomedykowi, wspomnianemu wyżej Ressigowi. Była to pierwsza u nas docentura w tym dziale nauki. Wykładów, połączonych z pokazami chorych szpitalnych, słuchali ówcześni lekarze i chirurdzy.

Odtąd już nieprzerwanie pozostaje Sawicki na stanowisku prymarjusza oddziału W. III., który po oddzieleniu ginekologji, a po objęciu tak mężczyzn jak kobiet, już wyraźnie tylko nerwowo lub umysłowo chorych, przybrał mniej więcej dzisiejszy charakter tego oddziału. Na stanowisku tem pracował Sawicki do r. 1908 t. j. lat 35.

Żżył się więc mocno z naszym szpitalem, a szpital z nim, jedną z najtypowszych swych postaci, niewątpliwie ostatnim medykiem starej daty o swoistym wyglądzie, swoistych manierach, swoistych dziwactwach.

Jowialny i dowcipny w stosunkach z młodszymi, do których przemawiał z reguły po imieniu, stawał się szorstki kłótliwy i apodyktyczny w zetknięciu z rówieśnikami i starszymi od siebie, może dlatego, że przypominali mu oni wiele ciężkich osobistych zawodów i rozczarowań, jako świadkowie jego lat młodych, pełnych porywu i nadziei, nigdy nie ziszczonych. Ten i ów wyrażał się niechętnie o nietowarzyskiem usposobieniu pana Edwarda. Wglądnąwszy w jego życie należy jednak zapytać, czy szczególniejsze niepowodzenia nie złożyły się na wypaczenie tej wybitnej indywidualności.

Koniec życia Sawickiego był smutny. Wojna zrobiła z niego nędzarza. Śmiesznie niska emerytura w czasie zwłaszcza katastrofy walutowej nie starczyła na najkonieczniejsze potrzeby życia, które nie chciało uledz, tak, jak nie ulegał jasny do ostatnich chwil i bystry umysł. Zaczął żyć z wysprzedaży tego, co dało się sprzedać. Poszły najpierw zbędne sprzęty domowe. Potem garderoba, w końcu wspaniała bibljoteka uniwersalna, którą za bezcen rozkupili antykwarze. Ostatek uratował następca Sawickiego, Orzechowski.

Obustronna zaćma uczyniła go kaleką. Wtedy to z obawy o oczy stracił zaufanie do jedynego towarzysza, jaki mu jeszcze pozostał, t. j. do alkoholu.

Pod koniec życia miał przecież to zadowolenie, że znalazł współczucie i pomocną rękę w licznem gronie kolegów. Losem jego zainteresowało się Towarzystwo Lekarskie Lwowskie, a przedewszystkiem grono prymarjuszy naszego szpitala. Pomoc ta, choć może nie zbyt hojna, bądź co bądź pozwoliła starcowi przetrwać chwile najkrytyczniejsze, kiedy już nic nie zostało na sprzedaż, a regulacja emerytury nie nadchodziła. Ale kto żyje lat 91 może się wielu rzeczy doczekać. Doczekał się więc Sawicki i tej regulacji. I oto w 91 roku życia znalazł się w sytuacji, jakiej nie zaznał

niemal przez całe życie, bo jak się wyrażał: mógł już, teraz »pogodzić koniec z końcem«.

Nie znaczyło to, żeby sobie mógł sprawić nowy płaszcz, albo nowe buty, albo żeby mógł sobie odmówić codziennego spaceru o lasce, z pomocą przygodnych przechodniów, do zabudowań OO. Bernardynów, gdzie wśród starych znajomych spożywał codzień objad.

Wreszcie przyszedł kres i temu.

Z kamienicy, gdzie mieszkał, zdjęto pewnego dnia tabliczkę metalową, której napis, na przekór starości, na przekór kalectwu, na przekór nędzy, brzmiał, jak za młodych lat:

Dr. Edward Sawicki
prymarjusz szpitala krajowego we Lwowie
ordynuje w chorobach nerwowych i umysłowych
od godz. 3 - 5.

Sawicki umarł w parę dni przed dniem swego patrona, t. j. przed dniem 13. października 1924., w którym zarazem, jako dniu urodzin, zakończyć miał 91 lat życia.

Cześć Jego pamięci!

Piśmiennictwo.

1) **Sprawozdanie lekarskie Szpitala Powszechnego krajowego we Lwowie za rok 1873.** Z polecenia Wydziału krajowego wyd. przez Dyrekcję Szpitala. Lwów 1872. Druk Kornela Pillera. 8-a, str. 374. — 2) Sawicki Edward: **O publicznej opiece nad obłąkanymi i zakładach psychjatrycznych.** Lwów 1875. — 3) **Słownik Lekarzów Polskich**, ułożony przez dra Stanisława Kośmińskiego. Warszawa 1884. — 4) Finkel-Starzyński: **Historja Uniwersytetu Lwowskiego.** Lwów 1894. — 5) Szumowski: **Galicja pod względem medycznym za Jędrzeja Krupińskiego, pierwszego protomedyka, 1772—1783.** Lwów 1907. — 6) Zapiski własne, poczynione za życia ś. p. Sawickiego, podług Jego ustnych informacyj.

Oceny i sprawozdania.

Dr. Zygmunt Wąsowicz. **Krynica i jej środki lecznicze.** Kraków. Spółka wydawnicza Prawda 1925. 324 stron druku, 51 ilustracyj, 10 tablic.

Pierwsza wyczerpująca monografja zdrojowiskowa. Chcąc określić wrażenie bezpośrednie, trzebaby użyć trzech superlatywów: najlepsza, najobszerniejsza, najwykwintniejsza. Nic dziwnego, że doczekała się tego dzieła Krynica, która w bieżącym sezonie stała się pierwszem z polskich zdrojowisk.

Szata zewnętrzna, bogato ilustrowana, zaopatrzona w szereg tablic i rozbiorów jej wód, wydana na dobrym papierze, uderza przedewszystkiem znakomitą przejrzystością swej treści.

Pierwsze rozdziały poświęcił autor historji rozwoju i administracji Krynicy, szeregowi lekarzy, jacy przez 120 lat działali w zdrojowisku, a część tę zakończył opisem miejscowości i przewodnikiem informacyjnym.

Drugą integralnie z sobą związaną częścią dzieła są rozdziały dotyczące środków leczniczych, urządzeń zdrowotnych, geologji Krynicy, oraz jej źródeł mineralnych.

Trzecia część dzieła obejmuje zapatrywania autorów na działanie fizjologiczne wód krynickich, na wskazania lecznicze i sposób używania tychże wód, oraz kąpieli mineralnych i borowinowych. Nadto dłużej zajmuje się autor leczeniem przewlekłych chorób serca i omawia zarzucone leczenie przy pomocy ścieżek terenowych.

Dzieło kończy 90 numerów piśmiennictwa starannie dobranego od zarania literatury krynickiej.

Bardzo mile już uderza na wstępie dedykacja autora. Dzieło zostaje poświęcone zmarłym kolegom Stirbitzowi, Zuławskiemu, Zieleniewskiemu, Skórczewskiemu i Merunowiczowi. Te pięć nazwisk to 120 lat ofiarnej służby lekarskiej dla chorych. Ten koleżeński ton, cechujący autora, wieje z każdej karty jego dzieła.

Historja Krynicy od 1793 r. znalazła w autorze objektywnego sprawozdawcę, urządzenia zdrojowiskowe i środki lecznicze dobrego znawcę, a pokrewne działy nauki sumiennego badacza.

Jedynie nomenklatura chemiczna, którą autor przeniósł ze starych rozbiorów do swej książki nieco razi, szczególnie w nazwie kwasu węglanego, zamiast węglowego. Dalej nieszczęśliwem jest zdanie, jakoby kwas »węglany« był silną i gwałtowną trucizną. Kwas węglowy a względnie bezwodnik węglowy jest dla ustroju obojętnym gazem.

Do str. 260 dodać muszę, że siarczan sodowy i magnezowy nie wywierają żadnego wpływu na wydzielanie soku żołądkowego.

W końcu nie dość jasno rozdzielił autor zapatrywania naukowe lekarskie lat dawnych od zdobyczy i pojęć nowoczesnych. Stąd też odnosi się wrażenie pewnego rodzaju pomięszania spostrzeżeń.

Dziwnym wydaje się fakt, że nie tylko do wydawnictwa nie przyczynił się zarząd zdrojowy, ale nawet po ukazaniu się tegoż, nie zainteresował się dziełem, doskonale się nadającem do reklamy zdrojowiska wśród 6.000 polskich lekarzy.

W końcu przytoczę szereg błędów składu zecerskiego, jakie podczas czytania zdołałem zauważyć.

Strona 18 wiersz 2 od dołu ma być 1809—1814, 21 w 8 d. przez dzierżawców, 27 w 3 g. przyszłości, 43 w 2 g. protomedyk, 44 w 7 d. głębokich, 45 w 11 d. pozostałą, 52 w 24 g. środki, 57 w 3 d. mineralnej, 91 w 20 g. elektroterapeuta, w 9 d. patologji, 94 w 20 d. Ściborowski, 154 w 20 d. Klaczko, 173 w 10 d. wynagrodzenie, 179 w 23 g. Werch, 180 w 14 d. silnego, 181 w 9 g. powietrza, w 16 g. otaczające, 191 w 4 d. Szkwarły, 198 w 9 d. minutę, str. 213 w 12 d. Niezdysocjowanych, 216 w 2 g. przeciętnie, 218 w 8 g. słodkiej, 221 w 1 g. żelazistą, 222 w 6 d. właściciela, 231 w 5 g. wapnia, 232 w 4 d. wapnia, 234 w 23 g. rozbiorów, 253 w 6 g. dyfundujące, 254 str. w 10 d. przypadłości, 255 w 7 d. żelazistej, 256 w 13 d. ustroju, 257 w 8 g. zwierzętach, 265 w 3 d. przydatków, 273 w 12 d. Kissingen, 281 w 6 d. ma być wsierdziu, 285 w 23 g. śródmiąższowe, 289 w 5 d. resorbcję.

Nadto brak przecinków od strony 253 w zdaniach warunkowych 22 razy.

F. Kmietowicz, junior.

Przegląd piśmiennictwa.

American Journal of Ophthalmology.

Vol. VII. 1924. Nr. 3.

Urban Merrill i Henry Wagener. **Przypadek niezwykłych spiralnych pętlic naczyń siatkówkowych.** Autorowie podają opis przypadku, w którym na dnie oka prawego spostrzegali pętlicę naczynia siatkówkowego żylnego zwróconą do ciałka szklistego.

Przytaczają z piśmiennictwa kilka podobnych przypadków i podają zapatrywania autorów na pochodzenia tychże. Najprawdopodobniej uważać je należy za anomalję wrodzoną naczyń siatkówkowych, a nie utożsamiać ich z szczątkowemi naczyniami hyaloidalnemi. Stosunkowo bardzo mało podobnych przypadków opisano w literaturze.

Hans Przibram. **Czy można przywrócić wzrok u zwierząt, które pozbawiono oczu.** Autor przedstawia w krótkim zarysie sprawę przeszczepiania gałek ocznych u zwierząt niższych gatunków.

U bardzo młodych, zaledwie wylęgłych salamander pod wpływem światła mogą rozwinąć się zaczątkowe narządy wzroku, brak światła bowiem w ciągu całych tysięcy lat generacji tych stworzeń był powodem zaniku rozwojowego narządów wzrokowych, a za tem światło tylko może wrócić zdolność tworzenia sprawnych i odpowiednich narządów wzrokowych. Naturalnie nie można się spodziewać, by światło mogło odbudować oczy przypadkiem utracone u zwierząt o sprawnych, rozwiniętych organach wzrokowych. Wiemy dobrze, że silne światło może zniszczyć wzrok i niema ono wpływu na regenerację ócz u tych stworzeń, które w okresie pozapłodowym posiadają zdolność rozwojową. Stwierdził to Uhlenhuth, który przeszczepiał oczy u tej samej salamandry, że po pewnym okresie degeneracji następowała regeneracja bez względu na to czy w świetle czy w ciemności wykonywano to doświadczenie. W tych doświadczeniach nie uzyskano jednak powrotu wzroku, albowiem nie nastąpiło połączenie oka

z tkanką i z drogami mózgowemi, jakkolwiek nerw wzrokowy wszedł w połączenie z *ganglion-spinale*.

U młodych salamander (*maculosa*) wyjętych wprost z macicy lub wcześnie urodzonych, oczy mogą się regenerować po ich zniszczeniu. U kręgowców niższych gatunków (zimno-krwistych) odzyskanie utraconego wzroku przez regenerację może również nastąpić, ale to ogranicza się tylko do pewnych rodzajów stworzeń, które rozporządzają na ogół dużą zdolnością regeneracyjną. Uogólniać tego żadną miarą nie można. Wiemy, że u ciepłokrwistych zwierząt w pozapłodowym okresie tkanka nie potrafi odtworzyć utraconych części. Wobec tego nie jesteśmy w stanie ani u ryb starych ani też u ciepłokrwistych zwierząt odtworzyć (zregenerować) ócz, ale możemy na drodze, którą nam wskazuje przyroda usiłować przeszczepiać gałkę oczną w całości w oczodół pusty. Zabieg prosty bez żadnej sztucznej pomocy jak szwów itp. gałkę oczną umieszcza się w oczodole, naczynia krwionośne, tkanka łączna, mięśnie, a później także i nerw wzrokowy przyrastają stosunkowo szybko, wystarczy tylko zamknąć powieki u zwierząt ssących na 24—48 godz. najlepiej przy pomocy spinacza, a u ryb i amfibij tego nawet nie potrzeba Tą metodą (*autophoric method)* Koppanyi uzyskał wyniki w odzyskaniu wzroku u oślepionych ryb (Carassius, Alburnus, Amphibia, Triton, Amblystoma, Bombinator etc.). Ryby i amfibje, którym wszczepiono oczy rzucały się na zdobycz i oddziaływały na barwę. Doświadczenia przez przeszczepianie ócz u szczurów i u królików również wykazały dodatnie wyniki. Oczy przeszczepione zewnętrznie nie różniły się wiele od zwykłych prawidłowych, a w zachowaniu tych zwierząt trudno było dostrzec jakąkolwiek różnicę w porównaniu do zwierząt nie operowanych. Badania biologiczne wykonane przez Jellinka dały obraz zupełnej sprawności pod względem optycznym; odruchy rogówkowe i tęczówkowe, dno oka, obrazy anatomiczne makro- i mikroskopowe przypominały zupełnie stan prawidłowy. Okazy tych doświadczeń wskazywały na dobrą regenerację siatkówki i włókien nerwowych, które odrastały i posuwały się dośrodkowo wzdłuż *thalamus opticus*. U szczura zabitego w 9 miesięcy po dokonanej operacji wygląd siatkówki i nerwu wzrokowego był prawie normalny. jakkolwiek były jeszcze widoczne blizny pooperacyjne. — Brak środków nie pozwolił na doświadczenia na innych zwierzętach, a przedewszystkiem na małpach, które to doświadczenia mogą być dopiero miarodajne dla celów lekarskich. Okuliści ze swego stanowiska uważają za niemożliwe przeszczepianie podobne ócz dla odzyskania wzroku, biolodzy jednak, żywią wielkie nadzieje w tym kierunku, albowiem na drodze tej *(autophoric method)* uzyskano już pewne wyniki, jak zastąpienie zaćmionej soczewki u żab i u ryb soczewką świeżą i czystą (Weisner).

Delamere Harbrigde. **Zanik nerwu wzrokowego jako następstwo epistaxis.** Opis przypadku zaniku częściowego nerwu wzrokowego, który wystąpił bezpośrednio po kilku drobnych krwotokach z nosa. Badanie jam nosowych oprócz zwiększonej wrażliwości błony śluzowej nie wykazało żadnych zmian. Narządy wewnętrzne prawidłowe. Badanie krwi i moczu z wynikiem ujemnym. Autor omawiając ten przypadek, zaznacza, że silne krwotoki częstokroć nie powodują żadnych zaburzeń funkcjonalnych, a tem mniej organicznych w narządzie wzrokowym, gdy tymczasem drobne częste krwotoki mogą doprowadzić do zmian i zaburzeń poważnych. Stopień tych zaburzeń może być zarówno nieznaczny jak i też nawet bardzo wielki (ślepota). Ulegają zazwyczaj obydwa oczy. Wygląd dna oka może wykazywać lekkie przyćmienie siatkówki, obrzęk siatkówki, zwężenie naczyń, zapalenie nerwu wzrokowego albo wyraźny obraz zaniku nerwu wzrokowego. Zaburzenia wzrokowe mogą wystąpić równie wskutek zmian w nerwie wzrokowym poza gałką lub drogach mózgowych wywołanych krwotokami. Spostrzeżenia podobne w których wskutek drobnych krwotoków z nosa występuje zanik nerwu wzrokowego poza wykluczeniem wszelkich możliwych innych przyczyn każą przypuszczać zaburzenia w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu. Leczenie w poszczególnych przypadkach w tym kierunku prowadzone uzyskało pewien korzystny wynik.

Meyer Wiener. **Operacja kerato-konus.** Autor przy zabiegu operacyjnym *keratokonus* zakłada 2 złote płytki z otworkami na szwy przed wycięciem eliptycznego kawałka rogówki, przez które przeprowadza szwy. Po wycięciu rogówki zaciąga szwy, które przyciągają na siebie obie płytki i w ten sposób zamykają ranę szczelnie nie pozwalając się wypuklić ani tęczówce ani tembardziej soczewce. Na 6-sty— 7-my dzień usuwa się szwy i płytki. Autor uważa ten sposób operowania za zupełnie bezpieczny i przytacza dwa przypadki.

V. 7. 1924. Nr. 4.

Maurice Cättle. **Przyczepy ciałka szklistego do tylnej powierzchni rogówki po operacjach.** Opis 4 przypadków, w których po operacjach nastąpiły przyczepy ciałka szklistego do tylnej powierzchni rogówki. Przypadki podobne nie są rzadkością, tylko nie zwraca się na nie należytej uwagi. Przy badaniu można stwierdzić następujące szczegóły:

1) przyczepy te pochodzą wprost z ciałka szklistego ciągną się poprzez źrenicę lub koloboma ku rogówce, najczęściej ku bliźnie pooperacyjnej,

2) nie wykazują jednolitej budowy, czasem bardzo cienkie nitki zaledwie dostrzegalne, czasem grube pasma nie elastyczne, twarde,

3) przebieg i wielkość ich powoduje nierówność źrenicy,

4) przyczepy te nie oddzielają się samoistnie i mogą trwać całe lata,

5) w większości przypadków tylko przy użyciu lampy szczelinowej można je dostrzec.

Powstanie tych przyczepów odnieść należy do jakości (składu) ciałka szklistego jak również do samej techniki zabiegów operacyjnych, po których się pojawiają. Spoistość ciałka szklistego może być bardzo płynną lub bardziej jędrną. Schorzenia ogólne mogą wpływać na zmianę w chemiźmie ciałka szklistego a przez to i na spoistość (n. p. kiła). W tym więc przypadku, gdzie ciałko szkliste posiada spoistość bardziej jędrną zachodzi możliwość powstania przyczepów. Drugim czynnikiem, który wpływa na ich powstawanie jest sama technika wykonywania zabiegów a przedewszystkiem dyscyzji zaćmy wtórnej. Autor radzi zatem po przecięciu zaćmy wtórnej nożyk dyscyzyjny cofnąć do przedniej komory w ułożeniu poziomem a później dopiero go szybko wyciągać z rany rogówkowej. Opisane powyżej przyczepy ciałka szklistego mogą się stać powodem późnego zakażenia gałki ocznej, wypadnięcia ciałka szklistego lub jaskry następowej.

Karelus (Kraków).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Wileńskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 13 maja 1925 r.

Przewodniczy kol. K. Opoczyński, sekretarz kol. E. Czarnecki, później kol. M. Trzeciak.

Obecnych 58 osób, w tej liczbie 36 członków Towarzystwa.

1. Odczytanie i przyjęcie protokołu z dnia 29 kwietnia br.

2. Kol. Moszyński pokazuje dwóch chorych z **wybitnemi naczyniakami.** U jednego z chorych, wobec umiejscowienia na podudziach i silnie zaznaczonego rozwoju, naczyniaki, bez ścisłego badania, mogłyby być uważane za żylaki.

Dyskusja: Kol. K. Opoczyński zapytuje czy tak daleko posunięte w swym rozwoju naczyniaki mogą byś operowane? Kol. M. Obiezierski zapytuje jaka jest etjologja pokazywanych naczyniaków? Kol. M. Moszyński odpowiada, że naczyniaki te, istnieją od urodzenia i zapewne będą operowane.

3. Kol. Z. Wasilewska. Pokaz i omówienie przypadku **żółtaczki hemolitycznej**.

4. Kol. Januszkiewicz przedstawia przypadek **pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej** z II. Kliniki Chor. Wewn. U. S. B.

Dyskusja: Kol. M. Eiger. W subtelnie opracowanym przypadku nie wszystko wydaje się mówcy dostatecznie jasne: a) szybki bieg dziewczyny wiejskiej nie stanowi urazu, którym można objaśnić powstanie zakrzepu w żyle śledzionowej, b) należałoby, oprócz stwierdzenia urobilinurji, zbadać wydolność wątroby (Hb. i tp.) c) czy zbadaną została należycie sfera narządów płciowych, ponieważ zaburzenia w tej sferze mogłyby również mieć znaczenie; wzmiankuje o krwawieniach zastępczych. Kol. L. Czarkowski. Wobec tego, że o krwotokach,

mówi tylko chora i nikt z lekarzy tego nie spostrzegał, czy informacje ze strony chorej są dostatecznie miarodajne? Kol. S. Achmatowicz zwraca uwagę na pewien szczegół anatomiczny: żyła nieparzysta przebiega po stronie prawej w stosunku do środkowej linji ciała, a szmer u chorej pokazanej przez kol. Januszkiewicza jest po stronie lewej na wysokości 12-go żebra, co nie odpowiada stosunkom anatomicznym. Po stronie zaś lewej od kręgosłupa przebiega żyła nieparzysta krótka (*v. hemiazygos*). Żyły przełykowe wpadają, a wpustowe (*cardiacae*) zespalają się z żyłą nieparzystą i nieparzystą krótką. Kol. K. Opoczyński zauważa, że na sekcjach dość często spotyka się zakrzep żył śledzionowych. Omawia następnie rozmaite przyczyny ich powstawania. Kol. J. Szmurło, nie może się zgodzić z poglądem kol. Czarkowskiego. Wywiady potwierdzone przez badanie kliniczne nabierają znaczenia prawdy niezbitej. Zmniejszenie liczby erytrocytów do 2 miljonów w 1 mm sześciennym w zupełności potwierdza prawdę opowiadania chorej o obfitych krwotokach. Krwawienia zastępcze u kobiet zwykle bywają stosunkowo niewielkie i nie mogą wywoływać tak wysokiej niedokrwistości. W przypadku pokazanym uderza wybitne powiększenie śledziony, dającej się doskonale i z łatwością wymacać, oraz bardzo mocny i wyraźny szmer buczący, słyszalny bardzo wyraźnie w pobliżu kręgosłupa. Szmer ten w promieniu 5—6 centymetrów słyszalny jest również tylko w znacznie słabszem natężeniu. Prawdopodobnie powstał on w rozszerzonych zastępczo żyłach wpustowych i przełykowych i stanowi bardzo wyraźny objaw, który należałoby podać do wiadomości ogólnej w celu zbadania, czy nie występuje w innych podobnych przypadkach. Kol. M. Trzeciak, zapytuje czy badano na W. R. płyn mózgowo-rdzeniowy; jego wartość diagnostyczna jest znaczna. W odpowiedzi kol. Januszkiewicz kategorycznie stwierdza, że tablica, ilustrująca tu półschematycznie stosunki anatomiczne w zakresie obocznego obiegu żylnego, jest oparta na pewnych źródłach anatomicznych i żadnego błędu nie zawiera: żyły przełykowe na przestrzeni dolnej trzeciej części przełyku mają, według anatomji Poirier i Charpy, zespolenia żyły nieparzystej (względnie z żyłą wieńcową żołądka), zaś o tem, żeby one wpadały na tym dolnym odcinku do żyły nieparzystej krótkiej, podręcznik ten nie wspomina. Zresztą sprawa rozmaitych możliwości w zakresie zespoleń żył przełykowych z żyłami nieparzystemi niema tu znaczenia dla wytłumaczenia pochodzenia szmeru buczącego na wysokości przyczepu 11—12 żeber w lewo od kręgosłupa, gdyż szmer ten, jak to wyraźnie było zaznaczone podczas pokazu chorej, powstaje najpewniej w tych rozszerzonych splotach żylnych, w których wytworzył się obieg oboczny pomiędzy wnęką śledziony a żyłami przełykowemi (wzgl. żyłą wieńcową żołądka) poprzez więzadła przeponowo-śledzionowe i żołądkowo-śledzionowe. Co do stanu wątroby w danym przypadku, to w moczu była spostrzegana zwiększona ilość urobiliny, a prócz tego próby z obciążaniem wątroby wskazały pewien stopień jej niewydolności. Przypuszczenie co do możliwości wprowadzenia w błąd lekarzy przez chorą zmyślonemi danymi o krwotokach upada wobec ścisłości wywiadu i wobec małego prawdopodobieństwa, żeby niezamożna chora przybyła z daleka do kliniki bez wyraźnego powodu w jej własnem zrozumieniu. (Streszczenie własne).

5. Kol. K. Michejda. Pokaz a) chorego **z plastyką kostną na czaszce w okolicy skroniowej lewej** z powodu ubytku zrostów i padaczki Jackson'a; b) chorego po operacji **ropnego zapalenia osierdzia**, w którem było przebicie worka i wypuklenie się guza ponad płaszczyznę klatki z lewej strony; zrobiono nacięcie, badanie palcem potwierdziło rozpoznanie.

Dyskusja: Kol. A. Januszkiewicz przypuszcza, że proces ropny w przypadku drugim rozpoczął się z zewnątrz i poszedł wgłąb; granice serca były prawie normalne i tony zaledwie trochę przygłuszone, czego się nie stwierdza wówczas kiedy proces rozwija się od wewnątrz. Kol. J. Szmurło zgadza się z wywodami poprzedniego mówcy. Kol. Opoczyński zapytuje czy wykonywano badanie bakterjologiczne ropy? Kol. K. Michejda powiada, że w ropie stwierdzono gronkowca; o rozwoju procesu w przypadku pokazanym M. nie mówi, ponieważ widział chorego po raz pierwszy już z objawami zapalenia osierdzia; podkreśla natomiast wykonanie nietypowego zabiegu operacyjnego.

6. Kol. Kuncewicz I. Klinika Ch. Wewn. U. S. B. wygłasza referat — **wartość kliniczną badania krwi metodą Arneth-Schilling'a** (rzecz przeznaczona do druku). Dyskusję z powodu spóźnionej pory odłożono.

XII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

k Dnia 12-go lipca rozpoczął się w Warszawie I-szy w niepodległej Polsce Zjazd lekarzy i przyrodników polskich. Po zagajeniu Zjazdu przez prof. dra Kryńskiego, obrano przewodniczącym Zjazdu prof. dra Ciechanowskiego a do prezydjum honorowego powołano cały szereg uczonych i lekarzy. Pierwsze plenarne posiedzenie odbyło się w gmachu Politechniki przy współudziale przedstawicieli M. W. R. i O. P. Gen. Dyr. Służby Zdrowia, M. S. Wojsk., oraz Rady Miejskiej Warsz. i t. d. Przemówienia powitalne wygłosili prof. Hoyer z Akad. Um., prof. Januszkiewicz im. wszystkich Uniwersytetów polskich, dr. Baron im. lekarzy francuskich i in. Prof. Gluziński złożył sprawozdanie z ostatniego Zjazdu, który odbył się w r. 1911-tym; posiedzenie zakończył odczyt prof. M. Siedleckiego p. t.: »Morze jako przedmiot badań«. Popołudniu toczyły się obrady lekarzy, którzy omawiali sprawy Izb Lek. i Kas chorych. W drugim, trzecim i czwartym dniu Zjazdu wygłoszono około tysiąca referatów w sekcjach: chemji, matematyki, geofizyki i astronomji, mineralogji, paleontologji i geologji, geografji, zoologji, botaniki, przyrodniczo-dydaktycznej, przyrodniczo-rolniczej, psychologji, nauk antropologicznych, anatomji, embrjologji i histologji, fizjologji, patologji doświadczalnej, chemji fizjologicznej i farmakologji, anatomji patologicznej, medycyny wewnętrznej i balneologji, chirurgji, oto-, ryno- laryngologji, pedjatrji, stomatologji, chorób nerwowych i umysłowych, okulistyki, ginekologji i położnictwa, chorób skórnych i wenerycznych, medycyny sądowej, historji filozofji medycyny, higjeny i mikrobiologji, nauk farmaceutycznych, weterynarji, higjeny szkolnej i wychowania fizycznego, medycyny wojskowej, prasy lekarskiej, raka, medycyny społecznej i szpitalnictwa.

W dniu 16-go lipca odbyło się II-gie plenarne posiedzenie oraz zamknięcie obrad Zjazdu. Odczytano następujące wnioski z kolei uchwalone przez Zjazd:

1. Zjazd wyraża życzenie, aby następny Zjazd mógł się odbyć we Wilnie i porucza tę sprawę do załatwienia delegacji stałej.

2. Skład delegacji stałej (podano w poprzednim numerze).

Z wniosków ważniejszych, o znaczeniu ogólno-państwowem przyjęto następujące:

1. Zjazd uznaje konieczność rezerwatów i ochrony przyrody (Tatry, Białowieża, Góry Świętokrzyskie, jezioro Świteź a w pewnym zakresie i kopalnie węgla) oraz

2. Zjazd uchwala konieczność walki z gruźlicą u ludzi i zwierząt, z alkoholizmem i chorobami wenerycznemi, przeprowadzenia statystyki ruchu ludności i przyczyn śmierci, oraz przyspieszenie spisu ludności, uchwalenia ustawy o powszechnem wychowaniu fizycznem, zaprowadzenia lotnictwa sanitarnego dla potrzeb ludności cywilnej i wojska, zespolenie spraw zdrowia publicznego i opieki społecznej w jednym urzędzie.

Pozatem Zjazd uznał potrzeby:
ustalenia słownictwa naukowego,
założenie biura propagandy nauki polskiej,
wprowadzenia magisterjów z mineralogji i geologji,
rozszerzenia nauk geografji w szkołach średnich,
założenia polskiego Instytutu morskiego,
zaprowadzenia dorocznych kursów dokształcających dla lekarzy we wszystkich uniwersytetach,
utworzenia katedr higjeny społecznej i wychowania fizycznego,
zwrócenia się do całej prasy codziennej z uwagą, że podawanie wiadomości senzacyjno-niemoralnych tworzy ze stanowiska lek. podkład dla zarazy moralno-psychicznej w kierunku naśladownictwa.

Zamykając Zjazd przemówił prof. Ciechanowski, dziękując Komitetowi za świetną organizację Zjazdu, a prof. Kryński jako prezes Komitetu organizacyjnego złożył podziękowanie gościom za przybycie, kończąc przemówienie słowami: »do widzenia za cztery lata we Wilnie«.

x Jednocześnie z rozpoczęciem obrad XII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich została otwarta Wystawa przyrodniczo-lekarska, urządzona staraniem Komitetu wystawowego z prof. Koskowskim na czele. Obficie obesłana przez sfery zainteresowane, wystawa zajęła obszerne sale nowowzniesionego wspaniałego gmachu kreślarni Politechniki Warszawskiej. Dział elektromedyczny i radjologiczny, reprezentowany wyłącznie niemal przez firmy obcokrajowe, obejmował długi szereg przyrządów najnowszej konstrukcji, z zakresu diagnostyki i lecznictwa. Obok mieścił się dział narzędzi chirurgicznych, urządzeń szpitalnych i sterylizacyjnych. Na plan pierwszy występują tu eksponaty firmy Konrad, Jarnuszkiewicz i Ska (stoły operacyjne, nosze, łóżka) oraz wyroby fabryki warszawskiej Witt i Syn (sterylizatory). Na parterze również mieści się wspaniała kolekcja nowotworów, zebrana staraniem Sekcji raka, oraz bardzo ciekawe preparaty raka, otrzymanego na drodze doświadczalnej, nadesłane z Kopenhagi. W dalszej części parteru Tow. Obrony przeciwgazowej uświadamiało zwiedzających, drogą licznych zdjęć fotograficznych, o strasznych skutkach tej nowoczesnej broni oraz o sposobach walki z nią. Obok widzimy precyzyjne protezy, wykonane w pracowni drów Lotha i Reklewskiego; dalej rozpostarły się zdrojowiska i uzdrowiska krajowe. Dział ten, umiejętnie zebrany, wykazuje dowodnie, jak wielkie w zdrojowiskach naszych posiadamy skarby, nie zawsze, niestety, celowo wyzyskane i częstokroć nawet niedoceniane, nietylko przez laików, lecz i przez lekarzy. Pierwsze piętro kreślarni zajmuje przemysł chemiczno-farmaceut. Z firm krajowych spotykamy tu wyroby i przetwory Gessnera, Klawego, Spiessa, Tow. Akc. »Motor«; firmy te walczą zwycięsko z importem specyfików zagranicznych.

Obok widzimy szczepionki i surowice lecznicze, wystawione przez Państwowy Zakład Higjeny w Warszawie, dra Bujwida w Krakowie, oraz przez firmę »Serowac«. Opatrunki sterylizowane dra Borzymowskiego w Warszawie znalazły ró-

wnież pomieszczenie w salach pierwszego piętra. Pozostała część tego piętra wypełniona jest niepodzielnie wykresami, obrazującemi działalność Kasy Chorych w roku 1924. Przed myślącym obserwatorem, przy zwiedzaniu tej części Wystawy, staje widmo nieuchronnej proletaryzacji stanu lekarskiego.

Drugie piętro kreślarni zajęte jest w połowie przez dział przyrodniczo-dydaktyczny. W dziale tym przedstawione zostały wyczerpująco obecne metody nauczania przyrody w szkołach polskich. Ruchliwe Towarzystwo Ochrony Przyrody wystawiło tu cały szereg zwierząt i roślin, podlegających ochronie, wreszcie mapy i zdjęcia fotograficzne t. zw. »rezerwatów« w całym kraju. Drugą połowę tego piętra objęły sekcje weterynaryjna i stomatologiczna. Na uwagę zasługuje tu zwłaszcza oddział dentystyki zachowawczej oraz dział chirurgiczno-stomatologiczny.

Całość wystawy, zakrojonej na dużą skalę i utrzymanej na wysokim poziomie, robi wrażenie nadzwyczaj dodatnie. Śmiemy sądzić, że cel, zamierzony przez inicjatorów wystawy, został bez wątpienia w zupełności osiągnięty.

Nagrody przyznane wystawcom:

I. Dyplom uznania.

Siemens, Philips (dział radjo-elektromedycyny).

Witt & Syn, K. Jarnuszkiewicz, dr. Reklewski i prof. Loth (narzędzia chirurgiczne).

Krynica, Ciechocinek (zdrojowiska).

Gessner, Pabjanickie Tow. Chem., Beyersdorf, Bujwid, Knoll, Behringer, Motor, Parke Dawis, Schering, Klawe, Lumière, Nativelle, Zimmer, Kalle, Agfa, Bayer, Meister Lucius, Kasella, Spiess, Poulenc, Tow. Akc. Karpiński, Zakład Państw. Higjeny, Tow. Ochrony Przeciwgazowej (Dz. Chem.-Farmaceut.).

Kasa Mianowskiego, Książnica-Atlas (Wydawnictwa).

P. Stefan Miller, prof. K. Czerwiński, Polsk. Tow. Krajoznawcze, Państw. Komisja Ochrony Przyrody (Dz. Przyrodn.-Dydaktyczny).

Medal złoty.

Reininger, Müller, Woźniak, prof. Beck (mechanik Trólka), »Model«, Elektrolux.

Jodłowski (narzędzia chirurgiczne).

Druskieniki, Morszyn, Nałęczów, Inowrocław (zdrojowiska).

Bukowski, Borzymowski, Stankiewicz, Sigalina, Strzelecki, Baranowski, Serowac, Lek, Sanator, Borowski, Scientia, Renard, Karpiński i Leppert, Famelle, Hemoglobine Demchiens produkty farmaceutyczne).

Kleistówna, Wuttke, Rewieński, Weissówna, Karczewski, Kączkowski, Lisowski, Dryja, Simm (Dz. Przyrod.-Dydakt.).

Tow. Przeciwrakowe, Kropla mleka, Sekcja Higjeny Szkolnej, Liga Przeciwgruźlicza, dr. Szymański, Czesław Skłodowski, Tow. Weterynaryjne, Zawadzki i Eifer, dr. Rychłowski, dr. Fedecki (weterynarja).

Światłowski, prof. Wilga (stomatologja).

Medal srebrny.

Makowski, Amber, Wysowa, Rostkowski, Lubelski, Karczewski, Marja Terma, Wilchowski, Serologja węgierska, Tow. Zdrowia, Arct, Koło Medyków, Waniczkówna, Follak, Piryński, Gęborek, Wyrzykowska, Szepietowski, Pawłowski, Majkowska, Gertner, Brandel.

Listy pochwalne.

Sigalin, Francikowski, Bischof, Dentos, Balcerkiewicz.

Podziękowania.

Piszczany, Zw. Zdrojowisk, Mag. Hero, Anatomicum, Rzeźnie miejskie, Studjum weterynaryjne, Min. Spraw Wojskowych, Prasa Weterynaryjna, prof. Panek, Państw. Instytut Dentystyczny, Instytut Dentystyczny Jana Kazimierza we Lwowie (prof. Cieszyński), Związek Lekarzy Dentystów w Państw-Polsk., Wojsk. Zakł. Roentgenologiczny, Curie-terapja, Kasa Chorych, dr. Fibiger z Kopenhagi.

Sprawy zawodowe.

Izba lekarska Lwowska.

Naczelna Izba lekarska zawiadamia pismem z 10 sierpnia 1925 L. 244, że Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby zdrowia) ogłosiła w Nr. 140. „Monitora Polskiego" z r. b. spis środków leczniczych dozwolonych do obrotu.

Izba lekarska we Lwowie.

Naczelnik: *Papée.*

L. 146/25.

Wyrok Sądu Izby lekarskiej we Lwowie.

Dr. Włodzimierz Serkowski lekarz zamieszkały w Kolbuszowej winny jest, że udzielał kilkakrotnie swej firmy lekarskiej nieuprawnionym technikom dentystycznym we Lwowie, w Gródku Jagiellońskim, Samborze, Łańcucie, Starym Samborze, Jaworowie i Dębicy i równocześnie prowadził zakłady dentystyczne w Dębicy, Pilznie i Kolbuszowej, nie uzyskawszy na to pozwolenia Izby lekarskiej a nie zaniechał tego pomimo wezwania Izby krakowskiej.

Czynem tym dopuścił się Dr. Włodzimierz Serkowski ciężkiego przewinienia przeciw zasadom etyki lekarskiej a szczególnie z § 18 lit. 1 i 7 kodeksu deontologji lekarskiej. Za to zasądza się go po myśli § 30 lit. C. ustawy o ustroju i zakresie działania Izb lekarskich z dnia 2. XII. 1921 przy uwzględnieniu łagodzących okoliczności na karę trzeciego stopnia t. j. naganę, zaostrzoną ogłoszeniem wyroku w Polskiej Gazecie Lekarskiej z podaniem imienia i nazwiska i na grzywnę w wysokości 250 zł.

Lwów, dnia 30 lipca 1925. Sąd Izby lekarskiej:

Sekretarz generalny: Dr. *Zion*, m. p. Za Przewodniczącego Sądu: Dr. *Mikołajski*, m. p.

Od redakcji.

Numer niniejszy wychodzi jako numer podwójny (36 i 37) za czas od 1—13 IX 1925.

Wiadomości bieżące.

Warszawa.

Uroczystość jubileuszowa dra Szwajcera W dniu 29 czerwca r. b. odbyła się uroczystość jubileuszowa 45-cio letniej pracy szpitalnej Naczelnego lekarza szpitala na Czystem Dra Jakóba Szwajcera. Posiedzenie uroczyste zagaił Ordynator Szpitala kol. Luberner, następnie wygłosili przemówienia kolejno: w imieniu Komitetu organiz. kol. Luxemburg, zast. Generalnego Dyrektora Służby zdrowia kol. Adamski, p. prezydent miasta Inż. Jabłoński, prof. Sawicki, dr. Bączkiewicz, dr. Natanson w imieniu ordynatorów szpitala, dr. Rubin, dr. Meyeran w imieniu gminy żydowskiej, oraz przedstawiciel administracji pan kurator szpitala inż. Wusblat, przedstawiciel urzędników szpitalnych p. int. Fliederbaum, dyrektorka szkoły pielęgniarskiej Ms. Am. Greenwald (po angielsku), której piękne przemówienie przetłómaczone na język polski wywołało wielkie wrażenie na słuchaczy. Na uroczystości obecni byli przedstawiciele miasta, magistratu, rady miejskiej, wydziału szpitalnictwa, koledzy szkolni z innych szpitali, ordynatorzy, asystenci oraz b. liczne grono służby pielęgniarskiej i felczerskiej szpitala. W imieniu Lekarzy Naczelnych wypowiedział piękną mowę Naczelny Lekarz Szpitala Dziec. Jezus dr. Puławski, podkreślając wielkie zasługi Jubilata dla szpitalnictwa i wybitne zalety dra Szwajcera koleżeńskie, towarzyskie i organizacyjne. W imieniu Redakcji Czasopisma Lekarskiego przemawiał dr. Srebrny. Podczas uroczystości dr. Bączkiewicz wręczył Jubilatowi dyplom na Członka Honorowego Warsz. Tow. Higjenicznego. Ordynatorzy szpitala jedną salę Instytutu Patologicznego, którego wzniesienie wkrótce będzie dokonane, ufundowali własnym sumptem, gdzie tablica marmurowa zostanie wmurowana na wieczną pamiątkę długoletniej pracy owocnej swego Lek. Naczelnego. Na zakończenie przemówił wielce wzruszony Jubilat dziękując z całego serca za tak wielkie objawy sympatji otrzymane od wszystkich obecnych.

Z kraju.

Z polsko-amerykańskiego Komitetu pomocy dzieciom. Mr. P. S. Baldwin dyrektor amerykańskiego Wydziału Ratunkowego (Komitet Hoovera dla niesienia pomocy dzieciom) zwiedził instytucje Polsko-Amerykańskiego Komitetu Pomocy Dzieciom w Warszawie, Stację Opieki nad matką i Dzieckiem na Podwalu, Przychodnię dla dzieci gruźliczych oraz Zakład Leczniczo-Wychowawczy dla dzieci jaglicznych.

Według sprawozdania, opracowanego przez wicedyrektora polsko-amerykańskiego Komitetu pomocy dzieciom, dr. Gromskiego, Komitet ten w r. z. roztaczał pieczę nad 88 stacjami opieki nad dziećmi i matkami, rozsianemi po całem państwie.

Przez stacje te przeszło 34.677 niemowląt, którym udzielono 103.843 porad, przyszłym matkom udzielono 3.928 porad, mleka dla dzieci wydano 382.215 litrów.

Na zapomogi dla stacji, polsko-amerykański Komitet pomocy dzieciom wydał 378.060 zł., zasiłek rządowy z budżetu minist. pracy i opieki społecznej wyniósł 53.500 złotych.

Stwierdzono niejednokrotnie fakt wysokiej szkodliwości sztucznego karmienia niemowląt ilustruje statystyka śmiertelności niemowląt, zarejestrowanych na stacjach opieki polsko-amerykańskiego Komitetu pomocy dzieciom w ciągu 1924 r. niemowląt karmionych piersią zmarło 5.6%, z pośród zaś karmionych sztucznie — 14.9%, czyli prawie 3 razy tyle.

Na 100 zmarłych niemowląt z górą $^1/_3$, t. j. 38.7% zmarło z chorób żołądkowych, wywołanych przez odżywianie sztuczne.

Higjena szkolna w Polsce. Kierownik wydziału higjeny szkolnej Ministerstwa W. R. i O. P. dr. Stanisław Kopczyński ogłosił drukiem rzecz p. t. »Opieka higjeniczno-lekarska nad szkołami i stan zdrowia młodzieży w szkołach Rzeczypospolitej. Jest to nader pouczające sprawozdanie ze stanu dorobku naszego na polu higjeny szkolnej i wychowania fizycznego, obejmujące okres pierwszego pięciolecia niepodległej Polski, od 1918 roku do 1923 włącznie.